

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1965 — N° 105

L'ACTIVITÉ ONIRIQUE

ASPECTS NEUROPHYSIOLOGIQUES

APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

DU RÊVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1965

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean **TOURAINÉ**

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 21 Août 1936, à SAINT-LAURENT-DU-PONT (Isère)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

—
1965

L'ACTIVITÉ ONIRIQUE

ASPECTS NEUROPHYSIOLOGIQUES

APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

DU RÊVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1965

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean TOURAINÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 21 Août 1936, à SAINT-LAURENT-DU-PONT (Isère)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1965

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires	M. J. LEPINE, Membre de l'Institut. M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut.
Doyen	M. J.-F. CIER.
Assesseurs	MM. M. LEVRAT et L. REVOL.
Professeurs Honoraires :	MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON

PROFESSEURS

Clinique urologique	MM. CIBERT.	Clinique chirurgicale or- thopédique et trauma- tologique	MM. CREYSEL.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Bey- rout).	Clinique carcinologique ..	DARGENT.
Clinique neuro-psychiatri- que et hygiène mentale	DECHAUME.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Chimie organique et toxi- cologie	CHAMBON.	Pathologie générale et ex- périmentale	GIRARD Paul.
Clinique chirurgicale B ..	WERTHEIMER.	Anatomie	LATARJET.
Clinique médicale B	PAUPERT- RAVAULT.	Pathologie chirurgicale ..	PEYCELON.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT	Clinique médicale D	GIRARD Marcel.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Pathologie médicale	VACHON.
Chimie biologique et médi- cale	ENSELME.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique chirurgicale A ..	MALLET-GUY.	Radiologie	PAPILLON.
Pharmacie galénique	REVOL.	Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge .	JEUNE.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Thérapeutique	GONIN.
Médecine du travail	BOURRET.	Bactériologie	MONNET.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SÔHIER.	Physiologie B	CHATONNET.
Botanique et cryptogamie .	NETIEN.	Clinique endocrinologique .	GUINET.
Clinique chirurgicale C ..	BERTRAND.	Clinique de chirurgie ortho- pédique	TRILLAT
Chimie analytique phar- maceutique	BADINAND.	Clinique stomatologique .	FREIDEL.
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .	MARION
Médecine légale et déon- tologie	ROCHE.	Matière médicale et légis- lation pharmaceutique .	Joseph
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.	Histologie et embryologie .	DORCHE.
Clinique d'oto-rhino-laryn- gologie et d'audio-pho- nologie	MOUNIER- KUHN.	Chimie	DUMONT Louis.
Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.	Physiologie A	PERROT.
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et aller- gologie	THIERS.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire .	CIER J.-F.
Clinique de pneumo-phti- siologie	BRUN.	Clinique de chirurgie car- diaque	PERRIN J.
		Clinique médicale infantile	MICHAUD Pierre
		Clinique gynécologique ..	SARROUY Ch.
		Biologie médicale et phar- macodynamie	MATHIEU.
		Clinique des maladies in- fectieuses	FAUCON.
		Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	X...
			X..

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Bactériologie	BERTOYE.
Neuro-chirurgie	MANSTUY.
Chimie générale et pharmaceutique	COLLET.
Hygiène et climatologie	LACROIX.
Clinique chirurgicale propédeutique	LIARAS.
Neuro-chirurgie	LECUIRE.
Médecine générale	REVOL.
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD.
Pharmacie chimique et Pharmacologie	CIER André.
Médecine générale	PONT Maurice.
Médecine générale	TRAEGER.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Anatomie pathologique	FEROLDI.
Physique biologique	MORET.
Botanique et cryptogamie	ODDOUX.
Chimie analytique	de SOLLIERS.
Médecine générale	DESPIERRES.
Médecine du travail	TOLOT.
Parasitologie	GARIN.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSEL Roger.	Anesthésiologie	MM. MICHEL.
Hygiène	THIVOLET.	Pédiatrie et puériculture ..	FRANÇOIS.
Electro-radiologie	PINET.	Chirurgie générale	MICHOULIER.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.	Dermatologie	COLOMB.
Chirurgie générale	DESCOTES.	Médecine générale	LAMBERT.
Pathologie expérimentale ..	JOUVET.	Médecine générale	FRIES.
Physique biologique	PEYRIN.	Pédiatrie	GILLY.
Anatomie pathologique ..	TOMMASI.	Médecine générale	ROBERT.
Electro-radiologie	BUFFARD.	Anatomie	BOUCHET.
Médecine générale et thé- rapeutique	LEJEUNE.	Pédiatrie	BETHENOD.
Stomatologie	de MOURGUES F.	Immunologie, sérologie, hé- matologie	GERMAIN.
Maladies infectieuses	NAUSSAC.	Pédiatrie	LARBRE.
Chirurgie générale	REBOUILLAT.	Chirurgie générale	SOUSTELLE.
Pédiatrie	ROMAGNY.	Médecine générale	VIALA.
Médecine générale	DELAHAYE.	Bactériologie, parasitologie, virologie	VINCENT.
Anesthésiologie	DELEUZE.	Pneumo-phtisiologie	KALB.
Electro-radiologie diagnosti- et thérapeutique	GIRAUD.	Médecine légale	COLIN.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Hématologie	MM. FAVRE-GILLY.	Hygiène	MM. RIFFAT.
Histologie et embryologie ..	GIROD.	Physiologie	FLANDROIS.
Chimie biologique	GRAS.	Bactériologie	VIALIER- RAYNARD.
Chimie analytique	MALLEIN.	Pharmacie galénique	ROLLET.

AGREGES EN EXERCICE

Ophtalmologie	MM. BONAMOUR.	Orthopédie	MM. FAYSSE.
Chirurgie générale	de MOURGUES Georges.	Oto-rhino-laryngologie ..	GAILLARD.
Médecine générale	DEVIC.	Médecine générale	GARDE.
Obstétrique	DUMONT Martial.	Ophtalmologie	HUGONNIER.
Urologie	DURAND.	Chirurgie générale	MARET.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Médecine générale	MORNEX.
Chirurgie générale	SAUBIER.	Médecine générale	NORMAND.
Neuro-psychiatrie	SCHOTT.	Médecine générale	PERRIN André.
Neuro-chirurgie	ALLEGRE.	Stomatologie	DUMAS.
Electro-radiologie	CHASSARD.	Obstétrique	GARMIER.
		Médecine générale . . .	NOEL.
		Orthopédie	SCHNEPP.
		Chirurgie générale	MOUNIER-KUHN Alain.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. J. DECHAUME.

Assesseurs : MM. B. SCHOTT, J. GUYOTAT et M. JOUVET.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MA GRAND-MERE

A MON FRERE ET A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

En témoignage de mon affection.

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE, MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DECHAUME

*Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique
et d'Hygiène Mentale*

Dès notre première année de Médecine, nous avons été séduit par son enthousiasme et ses qualités humaines. Plus tard, au cours des trois semestres que nous avons passé à la Clinique, nous avons pu, en outre, admirer la rapidité de ses décisions thérapeutiques et l'intérêt qu'il porte à tout ce qui touche, de près ou de loin, la Neuro-Psychiatrie.

Il nous fait le très grand honneur de présider notre Jury de Thèse, nous l'en remercions infiniment et nous l'assurons de notre très respectueux attachement.

A NOS MAÎTRES ET JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ B. SCHOTT

Au cours d'un fructueux semestre il nous a dirigé patiemment dans les arcanes de la neurologie, des gnosies, des praxies. La rigueur de son raisonnement, la finesse de ses examens cliniques, l'affabilité de son accueil rendent son enseignement profondément attrayant.

Nous le remercions d'avoir accepté de juger cette thèse et voudrions qu'il trouve, ici, l'assurance de notre respectueuse gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. GUYOTAT

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a laissé une entière liberté de rédaction. Cette attitude volontairement non-directive est un des aspects les plus admirables de son enseignement.

Nous le remercions de la confiance dont il nous a honoré, et espérons n'avoir pas trop trahi l'orientation qu'il aurait désiré voir prendre à cette étude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. JOUVET

Ses nombreux travaux, et ceux de ses collaborateurs, sur le sommeil et l'activité onirique, les conclusions définitives qui en ont résulté, lui valent, sur ce sujet, une audience internationale considérable. Il trouvera dans cet exposé de multiples références à ses études, nous espérons n'avoir pas été un reflet trop infidèle de sa pensée.

Le fait qu'il ait accepté de juger cette thèse, représente pour nous un grand honneur dont nous le remercions très vivement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P.-B. SCHNEIDER

Doyen de la Faculté de Médecine de Lausanne
Directeur de la Policlinique Psychiatrique Universitaire

Pendant l'année que nous avons passée comme Assistant dans son service, nous avons pu apprécier la formation incomparable qu'il offre à ses élèves. Son enseignement théorique et clinique, son souci du développement des techniques psychothérapiques, la bienveillance et la confiance dont il nous a toujours honoré en font, pour nous, un Maître dont nous voudrions être digne. Le travail, le sérieux, la précision qu'il exige de chacun, galvanisent les énergies et en font un Patron indiscuté.

Nous espérons, en retrouvant un poste dans son équipe, pouvoir lui exprimer notre gratitude et notre très respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P.-F. GIRARD

Nous avons eu la chance de pouvoir passer un semestre dans son service de l'Antiquaille. Nous garderons un souvenir impérissable de ce Maître auprès duquel la neurologie devient facile tant sa clarté d'exposition, la précision de son sens clinique, la logique de son raisonnement entraînent spontanément la conclusion diagnostique et thérapeutique qui s'impose. L'originalité de son esprit, son humour, sons sens de l'humain rendent encore plus attrayant le travail à son contact.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre très respectueuse admiration.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. PLAUCHU

— *Externat Provisoire :*

MONSIEUR LE DOCTEUR E. ROCHET

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. ROCHE

— *Externat :*

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DECHAUME

ET MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ B. SCHOTT

(Trois semestres)

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MICHAUD

ET MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. SAUBIER

ET MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. MARET

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. PONT

MONSIEUR LE PROFESSEUR P.-F. GIRARD

ET MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. GARDE

AUX MÉDECINS, ASSISTANTS DES HOPITAUX ET CHEFS DE CLINIQUE
DE LA CLINIQUE DE NEURO-PSYCHIATRIE ET D'HYGIÈNE MENTALE
ET EN PARTICULIER

— AU DOCTEUR C. BOURRAT

— AU DOCTEUR M. TRILLET

Dont l'autorité bienveillante et l'amicale compréhension ont guidé nos premiers pas dans cette discipline.

A NOS AMIS INTERNES DES HOPITAUX, ET SURTOUT A

M. JEANNEROD

Dont les conseils nous ont été précieux dans l'élaboration de ce travail.

A NOS CAMARADES DE L'EXTERNAT

AUX INFIRMIÈRES DES SERVICES DE NEUROLOGIE
ET DE PSYCHIATRIE DE LA CLINIQUE

A L'EQUIPE DE LA POLICLINIQUE PSYCHIATRIQUE
UNIVERSITAIRE DE LAUSANNE

- MONSIEUR LE DOCTEUR M. BURNER, DIRECTEUR ADJOINT,
- NOS CAMARADES CHEFS DE CLINIQUE ET ASSISTANTS,
- LES ASSISTANTES SOCIALES, PSYCHOLOGUES, SECRÉTAIRES

Ils ont tous favorisé au maximum notre intégration ; qu'ils en soient remerciés.



INTRODUCTION

Lorsque, au début, nous nous sommes vu confier un travail sur les rêves, nous étions orienté vers leur aspect psychodynamique dans un cadre thérapeutique. Nos connaissances neurophysiologiques sur le sommeil et l'activité onirique étaient fragmentaires. Progressivement nous nous sommes rendu compte qu'en dehors de l'approche subjective, il existait un domaine passionnant d'exploration récente, en général ignoré ou peu connu, par nombre de ceux qui utilisent quotidiennement les récits de rêves. En raison du développement rapide des techniques neurophysiologiques, les progrès réalisés dans la connaissance de l'activité onirique rendent caduques des hypothèses et des propositions relativement récentes. Certes, de nombreux points restent encore obscurs, mais il semble bien que le rêve soit un des premiers ponts que l'on puisse tendre entre les domaines bio-physiologiques et psychologiques. On doit cependant regretter que cette interpénétration soit en fait réduite de par l'ampleur du sujet, la limitation personnelle, la formation intellectuelle. La synthèse des travaux neurophysiologiques et psychologiques n'en est que plus difficile, malgré le développement de ces deux sciences.

Nous n'avons pas la prétention de vouloir offrir un exposé exhaustif des différentes études faites sur les rêves, mais nous voudrions insister sur l'aspect neurophysiologique de l'activité onirique et du sommeil. Nous utiliserons pour ce faire les études publiées dans la littérature.

Ainsi, après un bref historique qui situera quelques étapes dans les différents modes d'approche du rêve, nous étudierons :

- les données neurophysiologiques des états de sommeil,
- les phases neurophysiologiques du sommeil,
- le sommeil, le rêve et l'activité mentale nocturne,
- le rêve et ses relations avec les phases du sommeil.

Enfin nous terminerons par ce qui devait être la plus grande partie de cet exposé : le rêve dans la relation Médecin-Malade, et qui ne sera qu'ébauchée. Les hypothèses que nous présenterons restent superficielles, mais ne voudraient être que des indications pour un travail ultérieur plus précis et moins confus.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le problème du rêve est éternel et a de tout temps passionné l'humanité ; l'historique détaillé d'un tel sujet ne peut donc entrer dans le cadre de cette étude. Aussi nous nous bornerons à évoquer différents aspects du « Rêve à travers les âges », qui nous ont paru les plus significatifs.

Conception antique

Aspect théologique

Chez les Egyptiens, les songes étaient l'expression de la volonté céleste. Cet aspect théologique se retrouve dans l'interprétation du rêve du pharaon par Joseph.

Bien que le rôle divin soit resté capital dans la culture grecque, il avait subi cependant quelques atteintes pour des raisons parfois purement politiques. Un exemple frappant nous en est fourni par Xénophon et, bien qu'il n'intéresse l'antiquité grecque que par son dénouement, il mérite d'être relevé : Xerxès, roi de Perse, envisage de faire la guerre à la Grèce, puis, sur les conseils du prudent Artaban, annule sa première décision. C'est alors qu'une divinité lui apparaît en songe, plusieurs nuits de suite, pour lui reprocher son attitude de renoncement. Artaban, au lieu de se soumettre devant la volonté divine, fait comprendre à son Roi qu'il existe non seulement des rêves d'inspiration céleste, mais aussi que les événements survenus dans la journée peuvent avoir une influence sur le contenu de l'activité onirique nocturne.

Importance des résidus diurnes

Cette première relation entre l'expérience vécue et l'expérience onirique fut reprise par les Romains et en particulier par Lucrèce. Ce que nous appelons aujourd'hui le résidu diurne obtint peu à peu droit de cité pour trouver sa consécration totale au Moyen-Age, grâce au cependant peu évolutionniste Tribunal de l'Inquisition. Celui-ci rendit en effet un arrêt suivant lequel les juges devaient « tenir compte des paroles hérétiques prononcées durant le sommeil, car ce qui préoccupe quelqu'un durant la journée lui revient parfois en rêve au cours de la nuit ».

Oniromancie primitive

Toutefois, avant d'aborder la partie juxtacontemporaine de ce court historique, nous voudrions signaler quelques aspects curieux de l'interprétation du rêve. Dans notre civilisation classique, une des premières « clefs des songes » qui soit parvenue jusqu'à nous est celle d'Artémidore de Daldis, qui distinguait cinq classes de rêves. Au temps de Jésus-Christ, Jérusalem possédait vingt-quatre interprétateurs de rêves. Plus tard la fonction d'oniromancien s'est exercée de façon tout à fait officielle au sein des diverses cours européennes. De nos jours encore les « clefs des songes » gardent leurs adeptes et certains de ces herbiers oniriques s'enrichissent quotidiennement.

Néanmoins, en général, le cartésianisme occidental ôte toute signification au rêve, sous prétexte que « ce n'est qu'un rêve » et on peut opposer cette attitude de celle rencontrée chez certains primitifs et pour lesquels le rêve existe en tant que tel et a la même valeur que l'activité vigile sur un plan parallèle. Par contre, certaines cultures orientales se sont toujours efforcées de l'intégrer dans l'expérience vécue. L'Inde, la Chine, l'Islam ont une tradition onirique qui n'est rigide qu'en apparence. Pour Gressot [in 106, p. 392], il s'agit même « d'un pont entre la tradition millénaire et le réinvestissement scientifique du domaine du rêve ».

L'approche moderne

Plus près de nous, dans le temps et dans le lieu, les études sur les rêves se poursuivent. Elles sont le fait soit d'amateurs éclairés tel le marquis de Hervey de Saint-Denis, soit de psychiatres, soit encore de philosophes. C'est ainsi que plusieurs théories voient le jour.

Théorie réflexo-génique

La théorie réflexo-génique de l'origine du rêve semble avoir eu comme précurseur Descartes, mais eut comme défenseurs A. Maury et Mourly-Vold. Parmi les nombreux « rêves expérimentaux » de Maury, un des plus célèbres est celui dit « du vin d'Orviéto », où l'auteur se fit un jour verser, durant son sommeil, une goutte d'eau sur le front, il rêva qu'il était en Italie, qu'il transpirait abondamment et qu'il buvait du vin d'Orviéto. De cette expérience Maury déduisit que le stimulus sensoriel, c'est-à-dire la goutte d'eau, déclenchait le rêve, comme le prouvait l'incorporation évidente de l'excitation sensorielle dans le contenu onirique. Quant aux travaux de Mourly-Vold, d'Oslo, ils ont porté sur une quarantaine de sujets et ils ont cherché à mettre en évidence le rôle prédominant des impressions, des sensations issues de nos muscles et de nos téguments dans la genèse des tableaux hallucinatoires du rêve [in 68]. Ces expériences, où les articulations étaient immobilisées, les mains gantées, voulaient montrer que les images oniriques étaient presque toutes en relation avec la situation traumatisante expérimentale, mais, parfois, après un travail d'élaboration associative qui est loin, en soi, d'être dénué d'intérêt.

Il existe dans l'immense littérature consacrée au rêve de nombreux autres récits tendant à illustrer cette théorie réflexo-génique. Nous aurons l'occasion de nous intéresser à deux exemples célèbres : « le rêve de Maury décapité » (Delage) et le rêve du théâtre forain de Clavière. Là encore se retrouve la conception réflexo-génique du rêve, néanmoins ils serviront ultérieurement à illustrer la notion de durée dans le rêve à la lumière des expérimentations neurophysiologiques actuelles. C'est du reste leur acceptation la plus classique.

Approche philosophique et littéraire

Nous serons volontairement encore plus bref sur les aspects philosophiques et littéraires des théories du rêve. Nous nous bornerons à évoquer avec J. Lhermitte les noms de Kant, Shopenhauer, Bergson, A. France, plus récemment ceux de J.-P. Sartre, de Chauchard et de G. Bachelard. Cette abstention est due à la difficulté que nous avons pour saisir le courant de leur pensée, même lorsqu'elle est dépouillée « de tout artifice littéraire ».

Rêve et psychopathologie

Cependant c'est grâce à l'apport des philosophes que furent développées les études mettant en parallèle rêve et aliénation mentale. Les deux aphorismes : « le fou est un dormeur éveillé » (Kant) et « le rêve est une courte folie et la folie un long rêve » (Shopenhauer) résument cette orientation.

L'apparition en 1894 dans la nosologie psychiatrique française du terme de « délire onirique » créé par Régis vient mettre une étiquette sur la symptomatologie décrite vingt ans plus tôt par Magnan. Si nous isolons cette observation princeps de son contexte toxique, ne pourrait-il pas s'agir du contenu d'un rêve physiologique certes très dramatisé ? Le malade « serre avec force pour écraser, dit-il, une araignée noire qui glisse entre la peau et le pantalon. Il regarde à travers la fenêtre. C'est la bande de la place Maubert déguisée en ours avec des flon-flon. Il y a une cavalcade avec des lions, des panthères qui regardent et qui font des grimaces ; il y a des petits enfants déguisés en chien et en chat, il aperçoit Emilie, puis deux hommes qui la menacent... Il se baisse tout effrayé : ils le visent avec leur fusil, ils veulent le tuer parce qu'il a pris la fille ». Tout comme Magnan, un certain nombre d'auteurs du XIX^e siècle avaient été frappés des rapports existant entre le rêve et la folie. Pour Moreau (de Tours), la similitude entre rêve et délire est totale : le rêve est un délire. Sancte de Sanctis, plus tard, étend cette identité de la séméiologie à la pathogénie. La thèse de Berthier (Lyon, 1936) est un jalon important de cette approche.

Cette confrontation du rêve et de la psychopathologie a amené Henri Ey, dans le cadre de la théorie néo-jacksonienne qu'il soutient, à en tirer les conclusions organo-dynamiques, dans son Etude N° 8 [27].

Physiologiquement le sommeil représente une dissolution périodique de la conscience avec ses deux composantes, l'une négative, régressive, l'obnubilation des synthèses mentales, l'autre positive, la libération des automatismes psychologiques du rêve.

Pathologiquement, cette régression est permanente (parfois temporairement), les symptômes négatifs y sont représentés par les troubles confusionnels, les symptômes positifs par l'irruption de l'imaginaire. « Ainsi rêve et délire se rejoignent-ils comme expression, dans le champ de la conscience, de la même activité de l'infrastructure psychique, à la faveur des troubles déficitaires analogues, relevant de facteurs étiologiques différents » [27]. Parfois même la parenté entre l'onirisme, surtout celui qui apparaît lors des intoxications, et le rêve, est si étroite qu'on ne peut les différencier qu'avec peine. En effet, à son degré le plus faible il ne s'agit que d'une activité hallucinatoire exclusivement nocturne et momentanée, secondairement critiquée.

Isolement du rêve

Un des premiers essais de différenciation des rêves est l'œuvre de Lhermitte. Il sépare très nettement le rêve authentique, de l'image hypnagogique qui apparaît au moment de l'endormissement et de l'image hypnopompique du réveil. « Il s'agit d'un phénomène psychique constitué par la reviviscence des perceptions, de sensations, d'images souvenirs qui s'effectue alors que nos yeux sont clos, notre attention relâchée et les liens qui nous rattachent au monde extérieur détendus ». Lhermitte distingue ainsi les lucurs entoptiques, les images hypnagogiques ou hypnopompiques et le rêve authentique. Mais, comme le fait remarquer G. Benoit, ce qui semble au premier plan dans cette distinction, c'est la participation du sujet : « Dans tous les cas le rêveur se sent concerné par son rêve et cela bien avant de l'être par le thème du rêve ».

Par contre, « les images hypnagogiques n'entraînent pas le sentiment de participation ». Il semble qu'on puisse rapprocher, mais non assimiler, ces images de l'endormissement ou du réveil, de l'hallucinoze pédonculaire ou des hallucinoses rencontrées au cours de certaines souffrances occipitales ou temporo-occipitales et qui peuvent aussi apparaître à la tombée de la nuit, au moment de l'endormissement, du réveil, parfois même à la simple occlusion des yeux.

On voit les difficultés éprouvées à limiter exactement le rêve authentique, physiologique. On peut essayer de définir le rêve comme le récit critiqué d'une activité hallucinatoire nocturne complexe. Mais il existe toute une série d'interpénétrations entre cette activité banale, l'onirisme, ou les hallucinoses créées par des conditions pathologiques organiques (toxiques, comitialités, troubles vasculaires, souffrances cérébrales).

Apport de la psychanalyse

Deux orientations capitales n'ont jusqu'alors pas été évoquées : les études neurophysiologiques de l'activité onirique et du sommeil et l'apport de la psychanalyse. Les travaux neurophysiologiques seront décrits dans un chapitre ultérieur en raison du développement rapide et incessant des découvertes en ce domaine. Quant à l'apport de la psychanalyse, il est trop connu et a été maintes fois exposé pour que nous nous y attardions. Il a porté principalement sur le contenu du rêve et nous exposerons brièvement la théorie de Freud, puis nous signalerons l'orientation quelque peu différente que lui ont donnée Jung et Adler.

Le rêve dans la psychologie de Freud [38, 39, 65, 74]

Pour Freud, les souvenirs que nous laissent les rêves au réveil ne révèlent pas leur processus véritable, mais une façade, un contenu manifeste ou patent, derrière lequel se dissimule un fait réel, le contenu latent. Pour commencer il s'en tient aux rêves dans lesquels la déformation, ou l'élaboration,

c'est-à-dire le passage du contenu latent au contenu manifeste, ne s'est pas produite ou a été insignifiante. Ils s'observent chez les enfants et sont en général « brefs, clairs, cohérents, facilement intelligibles, non équivoques » [39]. De ces rêves enfantins Freud tire les conclusions suivantes :

1. — Les rêves « sont des actes psychiques, intelligibles, complets ».

2. — « La déformation ne constitue pas un caractère naturel du rêve ».

3. — « Le rêve apporte la réalisation directe, non voilée, d'un désir insatisfait ».

4. — « Loin d'être un trouble-sommeil, le rêve est un gardien du sommeil qu'il défend contre ce qui est susceptible de le troubler ».

« Le rêve résulte donc d'un compromis. Tout en dormant on éprouve la satisfaction d'un désir ; tout en satisfaisant un désir, on continue à dormir. Il y a donc satisfaction partielle et suppression partielle de l'un et de l'autre ».

Chez les adultes, sauf dans les rêves de type infantile, le problème se complique en raison de la substitution déformée du contenu. « La déformation du rêve est ce qui nous fait apparaître celui-ci comme étrange et incompréhensible ». Plusieurs facteurs interviennent dans cette déformation. L'un des plus importants est la censure du rêve qui s'exerce suivant plusieurs modalités. Les moyens qu'elle emploie sont surtout l'omission (véritable « blanc » du rêve), la modification et le regroupement des matériaux. Son but est d'empêcher les désirs inacceptables pour l'individu de s'exprimer. Le symbolisme a le même rôle, mais il utilise pour ce faire toutes les images issues des possibilités culturelles de l'individu, soit personnelles, soit locales et indigènes, soit même universelles. Freud a donné une liste de ces symboles généraux tels qu'on les retrouve dans les comparaisons de nombreux rêves, dans le folklore, les mythes et les légendes, la poésie. Certains rejoignent les interprétations issues des « clefs des songes » égyptiennes, islamiques ou tziganes, mais ils ne peuvent servir que d'appoint ou d'orientation.

De plus, associée à cette déformation primaire, l'élaboration du rêve transforme les idées latentes, initiales, du rêve, car la structure de la pensée onirique n'est pas celle de la pensée vigile. La « condensation » permet une traduction abrégée du thème, un peu à la manière des mémoires électroniques, par la juxtaposition de mots ou d'idées maîtresses, sans intermédiaire. Le « déplacement », qui est un effet de la censure, utilise un objet mineur comme centre de l'action : il est moins dangereux d'injurier le képi que le gendarme. Enfin, le troisième aspect de ce travail d'élaboration est la transmutation en images visuelles de la pensée soit concrète, soit abstraite, utilisant pour cela les assonances, les analogies, les associations. C'est la dramatisation.

On se rend compte après tout ce travail de la distance qui peut exister entre le contenu latent et le contenu manifeste du rêve. Du désir primaire la réalisation secondaire peut paraître bien lointaine.

Quoiqu'il en soit, pour Freud l'intérêt principal du rêve est l'interprétation qu'il peut en tirer à la recherche de la pulsion qui lui a donné naissance. Ce travail de décryptage ne doit pas se servir uniquement du matériel amené par le rêve, mais encore des associations qu'inspire le contenu, pour ainsi parvenir à remonter jusqu'à la source, c'est-à-dire jusqu'au désir primaire inassouvi et refoulé, c'est la fameuse « Voie Royale qui mène à l'Inconscient ».

Car, tout autant que par cette conception de la signification du rêve, l'originalité fondamentale de la doctrine de Freud réside en son aspect dynamique. Le Ça (ou Es) est le siège des pulsions ; le Moi correspond à la personnalité consciente et réfléchie ; le Sur Moi, rejeton du Moi, représente la conscience morale telle qu'elle nous a été inculquée par l'identification à des objets d'amour idéalisés, ou par l'éducation individuelle ou sociale. Les pulsions, qui ne sont pas toujours d'ordre sexuel, sont à l'état de veille contenues par le jeu combiné du Moi et du Sur Moi. Le sommeil par contre affaiblit les défenses et permet alors l'irruption des émois instinctuels et leur satisfaction par le biais onirique. « Ainsi, le rêve, en tant que manifestation, assurant — quand sa fonction n'est pas altérée — un rôle dans l'économie pulsionnelle, n'est plus

seulement une énigme à décrypter, mais aussi un complément des autres activités investissant l'énergie pulsionnelle, sinon une issue à des frustrations trop marquées » [in 39].

Cet exposé de la doctrine freudienne relative au rêve est volontairement simplifiée, voire simpliste. Il n'empêche que sur ce schéma de base s'ouvrent pour les psychanalystes d'obédience freudienne de multiples perspectives. Il n'en est pour s'en convaincre que de parcourir le rapport, intitulé « Aspects fonctionnels de la vie onirique », et les interventions qui l'ont suivi, un des deux thèmes du XXIII^e Congrès des Psychanalystes de Langue Romane [106].

Le rêve dans la psychologie de Jung [17, 47]

La psychologie du rêve chez Jung est toujours envisagée par rapport à Freud. Il reproche à son maître de ne voir dans le rêve qu'une tenture qu'il faut soulever pour voir apparaître des manifestations déjà presque perturbées de la vie mentale. Par contre, il y voit une « expression spontanée, normale, créatrice de l'inconscient, sous forme symbolique et imagée ». C'est « l'autoreprésentation et l'autodescription spontanées de la situation actuellement constellée et présente dans l'inconscient ». Cependant cet inconscient est à la fois limité et élargi. Limité, quant à l'importance, capitale pour Freud, des résidus de la sexualité infantile dans la genèse des pulsions. Élargi, par l'introduction de l'inconscient collectif, héritage d'archétypes, images mythiques se retrouvant dans tout individu et s'exprimant dans le rêve. Dans l'interprétation du rêve, l'inconscient collectif peut être utilisé comme « moyen de dépannage » et permettre les « amplifications » proposées par l'interpréteur.

Mais surtout l'originalité de la doctrine de Jung est d'avoir, par opposition à la méthode réductivo-causale de Freud, accordé aux rêves une valeur compensatrice et prospective. Ce sont des compensations de la situation consciente qui agissent en véritable contrepoids. Ce sont aussi des anticipations de l'avenir, non dans le sens prophétique, mais qui aident à trouver « la pente énergétique » permettant une meilleure efficience dans la solution des problèmes conflictuels.

Le rêve dans la psychologie d'Adler [47]

Dans la psychologie d'Adler nous retrouvons le rêve envisagé comme recherche prospective de la solution. Il s'agit moins de la réalisation hallucinatoire de désirs refoulés que de la recherche de la sécurité. La volonté de Puissance inhérente à la condition humaine est stimulée par le sentiment d'Infériorité et le rêve met en évidence le chemin choisi pour parvenir à la sécurisation individuelle. La « revendication virile », là comme dans toute la psychologie adlerienne, joue aussi son rôle dynamique moteur.

CHAPITRE II

LES ETUDES NEUROPHYSIOLOGIQUES DES ETATS DE SOMMEIL

C'est en 1929 que le premier, Hans Berger propose une étude électro-encéphalographique du sommeil et, en 1937, Loomis fait sensation au Congrès International de Psychologie en déroulant un immense rouleau correspondant à l'enregistrement total d'une nuit entière de sommeil. C'est à cet auteur que l'on doit la première classification électro-génique des différents stades du sommeil. Jusqu'en 1953 de nombreux travaux avaient tenté de localiser l'activité onirique nocturne par rapport aux différents stades de la classification de Loomis. A cette date, Aserinsky et Kleitmann découvrent au cours du sommeil une phase caractérisée par de rapides mouvements des yeux (M.R.Y. ou M.O.R.) associés à un « pattern » E.E.G. particulier. Les réveils provoqués au cours de cette période de M.R.Y. avaient la particularité de révéler un pourcentage élevé de souvenirs de rêves. Parallèlement les travaux consacrés au sommeil se sont poursuivis, tant chez l'animal que chez l'homme en de multiples directions.

Nous nous proposons au cours de ce chapitre d'envisager les résultats auxquels sont parvenus les neurophysiologistes dans leurs études électriques du sommeil. Car, comme le fait remarquer Freud : « Le premier des caractères communs à tous les rêves est que nous dormons lorsque nous rêvons ». Nous allons donc commencer par faire le point des connaissances actuelles sur le sommeil de l'animal et de l'homme.

Pour ce faire, nous utiliserons les nombreux travaux réalisés à l'Institut de Physiologie et au Laboratoire de Médecine Expérimentale de la Faculté de Médecine de Lyon et les thèses de B. Pellin (1960), F. Michel (1962), D. Jouvet (1962), J.-L. Valatx (1963), M. Klein (1963), J. Mouret (1964), inspirées par M. le Professeur Agrégé M. Jouvet.

Le sommeil chez l'animal

Chez le chat intact, implanté chroniquement, M. Jouvet et ses élèves décrivent deux aspects comportementaux et E.E.G. du sommeil physiologique.

La phase lente

La phase de sommeil lent représente 70 à 80 % de la durée totale du sommeil. Elle est caractérisée du point de vue comportemental par l'attitude de l'animal qui est enroulé sur lui-même, les yeux fermés. Elle se traduit par les caractéristiques E.E.G. suivantes : « Apparition d'une activité « de fuseaux » au niveau du cortex, du thalamus, de la formation réticulée mésencéphalique. Des ondes lentes de 2 à 4 c/s apparaissent ensuite au niveau de ces mêmes structures. Pendant ce temps, l'activité de l'hippocampe est caractérisée par des pointes de haut voltage de 500 à 800 microvolts » [55], brèves se répétant toutes les 5 à 10 secondes. Il existe alors quelques mouvements de bascule lents des globes oculaires vers le bas. L'activité électro-myographique (E.M.G.) des muscles de la nuque diminue légèrement, mais ne disparaît jamais totalement. La fréquence cardiaque diminue, ainsi que le rythme respiratoire, qui devient plus ample et régulier ».

La phase rapide

La phase de sommeil rapide, ou phase rhombencéphalique du sommeil (P.R.S.), appelée encore phase paradoxale (P.P.), fait toujours suite à une phase de sommeil lent dont la durée peut être variable, mais qui est en moyenne de 12 minutes. « Elle se caractérise au point de vue comportemental par deux ordres de phénomènes. D'une part il existe une totale atonie de l'animal, caractérisée par une chute brusque de la tête... parallèlement l'activité E.M.G. des muscles de la nuque disparaît toujours totalement » [52]. D'autre part, « précédant de quelques secondes l'atonie musculaire, surviennent des mouvements rapides des yeux (M.R.Y.) verticaux ou horizontaux, conjugués, soit isolés, soit groupés en salves très complexes...

En même temps on note des mouvements des vibrisses, plus rarement de brèves secousses des oreilles, des mâchoires, de la queue et des extrémités. Enfin, le myosis caractéristique du sommeil est à ce moment-là au maximum, parfois entrecoupé de très brèves périodes de mydriase, tandis que les membranes nictitantes sont alors relâchées au maximum. (...) Il apparaît en outre des manifestations végétatives constantes : le rythme respiratoire devient irrégulier, plus superficiel et plus rapide au cours du sommeil lent, tandis que le rythme cardiaque se ralentit ou s'accélère selon les animaux. Les travaux de Rossi et de ses collaborateurs ont révélé qu'il existait pendant cette phase une diminution de la tension artérielle de 20 à 30 % par rapport à la phase de sommeil lent, tandis que le débit cérébral augmenterait de 30 à 50 %. (Kanzow E. et coll., 1962) » [55].

Au point de vue E.E.G., la P.R.S. « se caractérise par une activité corticale diencephalique et mésencéphalique rapide et de bas voltage similaire à celle de l'éveil (...). Mais d'autres caractéristiques électriques sous-corticales permettent de reconnaître les différences avec l'éveil » [55].

La phase paradoxale, dont la durée moyenne est de 10 à 15 minutes, se répète périodiquement au cours du sommeil comportemental, séparée par des intervalles de 10 à 30 minutes. Elle correspond ainsi à 20 ou 30 % de la durée du sommeil.

Au cours de cette phase, le seuil d'éveil par stimulation du système (c'est-à-dire de la formation réticulée mésencéphalique) ou par stimulation sensorielle, s'élève de façon notable par rapport à la phase de sommeil lent (de 200 à 300 %).

Les structures nerveuses responsables de ces deux états de sommeil ont été délimitées grâce à des sections étagées et des destructions localisées. Ainsi, le système neuronique responsable de la première phase du sommeil nécessite obligatoirement la présence du néo-cortex. Les voies inhibitrices corticofuges sont diffuses au sein de la formation réticulaire du tronc cérébral. Quant aux structures nerveuses responsables du déclenchement de la P.R.S., elles ont pu être délimitées au niveau de la formation réticulée pontique et plus particulièrement dans la région du noyau Reticularis Pontis Caudalis (R.P.C.). En effet, la destruction élective de cette

région entraîne la disparition totale des phénomènes périphériques de la P.R.S. et la disparition de l'activité rapide corticale au cours du sommeil. D'autre part, la stimulation du R.P.C. est capable de déclencher la P.R.S. chez des animaux, normaux, décortiqués ou décérébrés.

Les voies nerveuses responsables de l'activation corticale paraissent issues du R.P.C. et indépendantes du système réticulaire activateur ascendant responsable de l'éveil. Quant aux centres, aux voies, aux mécanismes responsables des phénomènes périphériques observés au cours des P.R.S., les recherches effectuées jusqu'alors ne semblent pas avoir abouti encore à un résultat formel [50].

L'apparition régulière, périodique de la P.R.S. même chez l'animal décérébré nécessite la mise en jeu d'un système actif, d'autant qu'il existe une phase réfractaire de 10 à 15 minutes après chaque P.R.S. Après avoir éliminé de nombreuses hypothèses, D. Jouvet [50] suggère que le mécanisme intime de ces P.R.S. pourrait être d'ordre neurochimique ou neuro-humoral, les connaissances actuelles dans ce domaine n'étant pas assez développées pour permettre une étude expérimentale plus approfondie.

Le sommeil chez l'homme

Chez l'homme adulte normal, l'activité électrique du cerveau pendant le sommeil est classée en différents stades. La classification actuelle la plus fréquemment utilisée est celle de Dement et Kleitman (1957).

Les stades E.E.G. du sommeil

— Le stade I représente le premier stade de l'endormissement ; il est marqué par le morcellement du rythme alpha et caractérisé par une activité rapide et de bas voltage. Il n'y a pas de mouvement oculaire rapide et le seuil d'éveil est très bas. Sa durée est en général courte, mais il peut se reproduire après un réveil au cours de la nuit.

— Le stade II lui succède. Il apparaît alors des fuseaux et des K complex se détachant sur un fond d'activité rapide et de bas voltage.

— Le stade III est intermédiaire : il persiste encore quelques fuseaux, mais il apparaît des ondes lentes, de haut voltage, diffuses.

— Le stade IV est caractérisé par la présence uniquement d'ondes lentes delta de grande amplitude.

Ces quatre stades correspondent à un *sommeil lent*.

— Par contre, la *phase de sommeil avec mouvements rapides des yeux* (M.R.Y.), ou phase des mouvements oculaires (P.M.O.), est caractérisée à l'E.E.G. par un tracé de bas voltage avec une absence complète de fuseaux et de K complex. Mais il existe au cours de cette phase des ondes régulières « en dents de scie » qui prédominent surtout dans les régions antérieures. On note aussi la présence d'un rythme alpha lent à prédominance occipitale et de trains d'ondes rapides microvoltées surtout au niveau des dérivations frontales et du vertex.

Cette phase fut d'abord classée par ses premiers observateurs (Dement et al., 1957) comme faisant partie du stade I, mais s'en différenciant par la présence de M.R.Y. Ils distinguaient ainsi « St. I and St. I with. R.E.M. ». Par contre, la présence des « ondes en dents de scie » n'apparaissant pas au stade I, retrouvées par de nombreux auteurs (Schwartz et Fishgold, Oswald) permet « d'attribuer à cette phase de M.R.Y. une individualité électrique et par là un mécanisme d'apparition différent de celui du stade I d'endormissement » (D. Jouvet). C'est ainsi qu'en opposition avec les stades précédents, cette phase privilégiée est souvent appelée *phase de sommeil rapide*.

Du point de vue comportemental, on observe au cours de cette phase des variations cardio-respiratoires importantes qui annoncent souvent, et permettraient à elles seules de localiser les phases de sommeil avec M.R.Y. Il peut s'agir soit d'un ralentissement, soit d'une accélération, soit d'une irrégularité de rythme.

Cependant, les mouvements rapides des yeux qui ont donné leur nom à cette phase en constituent l'index le plus fidèle. « Ces mouvements sont tantôt isolés et simples, tantôt groupés

en bouffées de 10 à 20 mouvements anarchiques, se succédant sans pause. Le plus souvent conjugués aussi bien horizontaux que verticaux, ils peuvent être rotatoires ou nystagmiformes. Enfin ces mouvements sont facilement observables à travers les paupières qui alors s'entrouvrent » (Jeannerod et Mouret) [in 48]. Ils sont contemporains de cette phase de sommeil rapide en annonçant l'apparition, en marquant sa fin. Il est fréquent de constater des mouvements discrets des commissures labiales et des doigts, parfois un geste stéréotypé.

Chez l'homme normal, l'étude de l'E.M.G. ne donne pas de résultats formels, bien qu'au niveau des muscles sus et sous-hyoïdiens il semble exister une corrélation entre phase paradoxale et diminution de l'activité électromyographique [50]. L'activité électromyographique reste néanmoins essentiellement variable, tant dans la phase rapide que dans la phase lente. Par contre, dans un syndrome de décortication chronique observé depuis plus de 8 ans à la Clinique Neuro-Psychiatrique, l'activité électromyographique, permanente, due à l'hypertonie en flexion, disparaît totalement ou met en évidence des différences de répartition tonique lors des phases de sommeil avec mouvements rapides des yeux. Dement avait déjà signalé, en 1962, un phénomène identique pour le spasme facial.

D'autre part, il existe une augmentation du seuil d'éveil aux stimulations auditives lors des phases de sommeil rapide par rapport aux phases de sommeil lent. Ce phénomène, qui avait déjà été signalé en 1957 par Dement et Kleitmann, est retrouvé par D. Jouvet. Cet auteur précise qu'il « est difficile de déduire de ces résultats que c'est un stade de sommeil « plus profond » que les autres stades », mais « qu'en fait on compare deux sommeils qui semblent qualitativement différents ». Nous aurons l'occasion d'y revenir ultérieurement.

Quant à la survenue de ces phases de sommeil M.R.Y., les différents auteurs s'accordent, à la suite des découvertes de Dement et Kleitmann, pour leur trouver une périodicité certaine. On peut schématiser ces cycles de la façon suivante : une heure et demie après l'endormissement survient une première phase de M.R.Y., qui dure 9 minutes. La seconde apparaît moins d'une heure et demie plus tard et dure 19 minutes ; les périodes se suivent ainsi jusqu'au réveil ; les intervalles entre deux périodes se raccourcissent alors qu'en même temps

les phases de M.R.Y. s'allongent. Ainsi pour une nuit de 8 heures il existe 4 à 5 phases de M.R.Y., dont la dernière dure environ une demi-heure. La durée moyenne de chacune de ces phases est donc d'environ 20 minutes. Un adulte de 20 à 30 ans présente, pour une nuit de sommeil de 7 à 8 heures, près d'une heure et demie de phase de sommeil avec M.R.Y., ce qui correspond à 20 % du sommeil total. (D. Jouvet trouve sur ses 17 enregistrements 17 % de phases paradoxales par rapport au temps de sommeil total).

Enfin les rapports qui existent entre cette phase de sommeil avec M.R.Y. et l'activité onirique sont la raison même de ce long rappel sur le sommeil physiologique de l'homme.

Comparaison entre sommeil animal et sommeil humain

Avant d'envisager ce chapitre, nous voudrions, en reprenant les arguments exposés dans la thèse de D. Jouvet, comparer la P.R.S. du chat et la phase de sommeil avec M.R.Y. de l'homme. Il faut évidemment se montrer d'une extrême prudence dans cette tentative et les objections sont nombreuses et parfois justifiées. L'assimilation pure et simple des résultats obtenus chez le chat et chez l'homme même, en restant dans un domaine purement électrophysiologique, ne peut être envisagée. Cependant les nombreuses similitudes retrouvées ne paraissent pas le fait du seul hasard.

Plus que des similitudes entre les aspects E.E.G. de la phase de sommeil avec M.R.Y. chez l'homme et de la P.R.S. chez le chat, qui méritent cependant une discussion soignée, la similarité des phénomènes périphériques de ces deux phases est frappante :

1. — Les mouvements oculaires ont les mêmes caractères généraux.
2. — Les mouvements des extrémités se retrouvent dans les deux espèces.
3. — Les variations végétatives intéressent surtout l'appareil respiratoire chez l'homme.
4. — La diminution de l'activité E.M.G., importante chez le chat, est présente chez l'homme.

5. — Le seuil d'éveil aux stimulations auditives est très élevé dans les deux espèces. (On peut rapprocher de ce fait la diminution des potentiels évoqués corticaux aux stimuli tant chez le chat que chez l'homme).

6. — Par rapport au temps de sommeil total, la phase de sommeil avec M.R.Y. chez l'homme et la P.R.S. chez le chat occupent un pourcentage voisin de 20 %.

7. — Ce « sommeil rapide » se retrouve périodiquement au cours de la nuit.

8. — Les lésions cérébrales expérimentales chez le chat, et l'étude comportementale et E.E.G. de la pathologie cérébrale humaine permettent de penser qu'il s'agit là d'une véritable similitude structurale [80].

Et pour résumer, nous emprunterons à D. Jouvet les conclusions qui semblent du reste actuellement admises par la majorité des auteurs : « Chez l'homme, comme chez le chat, il « existe au cours du sommeil comportemental des périodes « d'un sommeil qualitativement différent des autres stades « du sommeil. Ces périodes sont caractérisées chez les deux « espèces par un aspect E.E.G. semblable ou similaire à celui « de l'éveil, par une diminution des réponses évoquées auditives cérébrales. Elles sont caractérisées par des M.R.Y. et « des variations cardio-respiratoires comparables. Elles persistent chez l'animal décortiqué et dans les syndromes de « décortication chez l'homme. (...). Elles disparaissent après « lésions de la formation réticulée pontique chez le chat et « après des lésions de la protubérance chez l'homme. Elles « représentent un stade de sommeil plus profond que les « autres stades ».

Nous voudrions terminer cet aperçu neurophysiologique sur les deux états distincts du sommeil physiologique chez le chat et chez l'homme en indiquant brièvement les recherches qui ont été effectuées sur leurs aspects phylogénique et ontogénique.

Aspect phylogénique

Nous nous référerons à la thèse de M. Klein (Lyon, 1963) [59]. Du travail exhaustif de cet auteur nous retiendrons surtout les conclusions. Il trouve un sommeil lent chez les reptiles et ce n'est qu'avec les oiseaux que commence à apparaître la dualité sommeil lent - sommeil rapide. Mais chez tous les mammifères la phase de sommeil rapide peut-être mise en évidence et « la durée de cet état de sommeil constitue par rapport au cycle nycthémeral* :

- 2 à 3 % chez les herbivores (mouton) ;
- 5 à 6 % chez les rongeurs (rat) ;
- 6 à 9 % chez les omnivores (hommes) ;
- 10 à 15 % chez les carnivores (chat) ».

Ces résultats concernent les sujets adultes. Cet auteur signale encore, en se référant aux études des naturalistes, que d'autres espèces (les fourmis par exemple) peuvent avoir un sommeil au cours duquel certaines manifestations périphériques pourraient se rapprocher de celles rencontrées pendant la phase de sommeil rapide. Il s'empresse cependant de remarquer que leur assimilation à la P.R.S. des mammifères « semble une entreprise hasardeuse ». Il n'empêche que par lui-même ce rapprochement mérite plus de réflexion qu'une simple anecdote, surtout, comme on le verra, si on admet la relation phase de sommeil rapide - activité onirique.

Aspect ontogénique

L'aspect ontogénique du sommeil a été étudié par J.-L. Valatx [97] chez le chaton. A la naissance apparaît un sommeil « sismique » qui est assimilable à la P.R.S. de l'adulte.

(*) Il ne s'agit donc pas d'un pourcentage par rapport à la durée totale du sommeil, ce qui explique la différence avec les chiffres cités plus haut. L'homme par exemple dort environ le tiers d'un cycle nycthémeral, ce qui n'est pas le cas pour le chat.

Cependant le taux de ce sommeil sismique, par rapport au sommeil comportemental total, est très important en occupant 75 % le premier jour pour baisser progressivement et se stabiliser entre 40 et 50 % jusqu'à la sixième semaine, puis atteindre 22 % (taux de l'animal adulte) au début du quatrième mois. La durée en elle-même de chaque phase de sommeil sismique ne varie que très peu mais leur répartition devient de moins en moins fréquente à mesure que l'animal vieillit. J.-L. Valatx a d'autre part remarqué que l'augmentation de l'intervalle entre deux phases de sommeil sismique correspond à l'époque du sevrage du chaton. L'influence de la nourriture uniquement lactée sur l'intervalle de répétition des P.R.S. avait déjà été noté par d'autres auteurs et est particulièrement nette chez les ruminants.

Des études ont même été faites sur l'éventualité de phases de sommeil au cours de la vie embryonnaire, et il semble, chez l'embryon de poulet, exister, in ovo, des phases analogues au sommeil sismique ; in utero, les connaissances sont moins avancées.

Par contre le sommeil du nouveau-né humain a été étudié chez des nourrissons de un à cinq jours (Roffwarg et al., comm. pers. citée par Valatx). On distingue deux phases de sommeil tant du point de vue E.E.G. que comportemental :

— *Le stade I* qui comprend aussi des manifestations électriques, cardio-respiratoires, oculaires, très comparables à celles rencontrées pendant la phase de sommeil rapide de l'adulte.

— *Le stade II* est l'équivalent du stade II ou II-III de l'adulte.

Ces phases de sommeil avec mouvements oculaires, du nourrisson, sont de durée variable mais occupent environ 50 % de la durée de l'enregistrement. L'intervalle entre deux phases est de 60 minutes en moyenne. La durée de ce cycle s'élève progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence pour aboutir à l'âge adulte aux résultats cités précédemment : la phase de sommeil avec M.R.Y. correspond chez l'homme adulte à 20 % environ du sommeil comportemental et à 6 à 9 % du

cycle nycthémeral. Nous signalerons en outre que cet aspect a fait l'objet d'un rapport à la Société d'E.E.G. de langue française en 1963 [77].

Chez le vieillard, présentant des désordres psycho-organiques, la durée, la périodicité et l'installation des phases paradoxales peuvent être profondément modifiées [30]. La pathologie neurologique entraîne elle aussi des altérations du mode d'expression électrique des phases de sommeil [80].

CHAPITRE III

LE SOMMEIL, LES REVES ET L'ACTIVITE MENTALE NOCTURNE

Ce long exposé, incomplet et schématique, sur les bases neurophysiologiques permet maintenant de distinguer deux périodes différentes au cours du sommeil : la phase où il existe des mouvements rapides des yeux, phase paradoxale ou de sommeil rapide, telle que nous l'avons décrite dans le chapitre précédent associée à d'autres manifestations périphériques, végétatives, électriques, et la phase de sommeil lent correspondant aux autres stades E.E.G. du sommeil.

Phases de sommeil et souvenirs de rêves

Phase paradoxale

Après avoir décrit en 1953 avec Aserinsky [5] ces deux composantes du sommeil, Kleitmann entrevit très rapidement l'éventualité d'une relation entre l'activité onirique et la phase de sommeil rapide. En 1957, il publie avec Dement [23, 24] les résultats de ses recherches : sur 119 réveils effectués sur plusieurs nuits au cours des phases avec M.R.Y., 80 % des sujets étaient capables de fournir un souvenir de rêve précis. Par contre un nombre comparable de réveils effectués lors des autres stades de sommeil ne met en évidence que 7 % de souvenirs de rêves. De plus, la plus grande partie de ces souvenirs de rêves ainsi fournis est obtenue lorsque les sujets sont réveillés moins de 8 minutes après la fin des M.R.Y., ce qui leur a permis de suggérer qu'il s'agissait là d'un rêve survenu au cours de cette phase privilégiée, donc précoce et encore présent dans la mémoire du sujet. De nombreux auteurs se sont employés à

vérifier cette assertion. Ainsi D. Jouvét [50] sur 42 réveils provoqués pendant la phase de sommeil avec M.R.Y. obtient 18 souvenirs de rêves immédiats et 1 impression de rêve. Ce qui correspond à 43,9 % de souvenirs de rêves. Pour les autres stades du sommeil il n'existe que 7,6 % de souvenirs de rêves véritables.

Autres stades

Cependant de nombreux auteurs ont mis en doute l'exclusivité de la relation phase de sommeil avec M.R.Y. — souvenirs de rêves. Ils ont néanmoins toujours reconnu qu'il existe plus de souvenirs de rêves lors des réveils pendant la phase de sommeil rapide que pendant les stades de sommeil lent. Goodenough [40], Foulkes [37], Rechtschaffen [85] obtiennent respectivement 35 %, 72 %, 22 % de récits d'une activité psychique actuelle lors des réveils au cours des phases de sommeil lent. Bien qu'il existe probablement des différences de méthodes, de critères, de définitions, il n'en est pas moins vrai que le rêve n'est pas l'apanage exclusif des phases de sommeil avec M.R.Y. Ainsi, dans une étude statistique validée par le test de Cochran, Rechtschaffen [85] a exposé, lors du 3^e Congrès Mondial de Psychiatrie tenu en 1961 à Montréal, les résultats de ses expériences :

1. — Les sujets rapportent le contenu d'une quelconque expérience psychique dans 86 % des cas lors des réveils pendant la phase de sommeil avec M.R.Y., contre 22 % lors des autres stades du sommeil. Dans cette seconde phase, le contenu est généralement plus pauvre.

2. — Lors des réveils, si on ne tient pas compte de la possibilité d'en obtenir le récit, les sujets ont le sentiment que pendant leur sommeil ils viennent soit de « penser », soit de « rêver ».

— *Le rêve* est trouvé dans 87 % des réveils lors de la phase rapide, contre 41 % des réveils pendant la phase lente.

— *La « pensée »* est retrouvée dans 19 % des réveils pendant la phase lente, contre 8 % pendant la phase rapide.

Si maintenant on ne tient compte que des sujets capables de rapporter un élément spécifique de leur expérience psychique, le taux de « pensées » monte à 73 % des réveils au cours des phases rapides et tombe à 6 % pour les réveils pendant la phase lente.

3. — Les sujets décrivent 74 % de leurs expériences pendant la phase rapide comme « frappantes ». Par contre, 21 % seulement des expériences survenant au cours de la phase lente sont ainsi décrites.

4. — 61 % des manifestations survenant au cours de la phase de sommeil rapide sont avant tout visuelles, contre 40 % des manifestations survenant au cours des autres stades de sommeil. 16 % des expériences survenant au cours de la phase paradoxale sont décrites comme ayant été, avant tout, idéiques, contre 36 % des expériences survenant lors des autres stades. La fréquence de manifestations auditives est comparable dans les deux phases (17 % et 13 %).

5. — Dans 25 % des réveils lors de la phase de sommeil avec M.R.Y. les sujets ont essayé de contrôler leur expérience psychique, contre 36 % pendant les autres stades.

6. — 37 % des expériences psychiques lors des phases avec M.R.Y. sont décrites comme bizarres et non plausibles, contre 6 % des expériences psychiques survenant au cours des autres stades du sommeil. (Bien que la confrontation statistique ne soit que de .06, le résultat peut néanmoins être considéré comme significatif).

7. — Les expériences psychiques des stades de sommeil lent sont décrites, en général, comme traitant de la vie actuelle du sujet. Les expériences psychiques survenant lors des phases de sommeil rapide contiennent, par contre, plus fréquemment que les précédentes des éléments concernant la vie antérieure de l'individu. (Le degré de signification statistique n'atteint cependant là que .08).

8. — Enfin, il fut demandé aux sujets s'ils estimaient que lors du réveil ils se trouvaient dans une phase de sommeil profond ou s'ils estimaient au contraire qu'ils dormaient légèrement, qu'ils étaient assoupis ou éveillés. 51 % des sujets réveillés

pendant la phase paradoxale estimaient qu'ils se trouvaient dans un sommeil profond, contre 25 % de ceux réveillés au cours des stades de sommeil lent.

Et les auteurs concluent en comparant, par rapport à la phase de sommeil paradoxale, le souvenir qu'a le sujet de son activité mentale au cours de la phase de sommeil lent : le contenu en est plus pauvrement rappelé, plus comme une « pensée » que comme un « rêve », moins frappant, moins visuel, plus conceptuel, plus contrôlable, plus plausible, plus agréable et moins chargé d'affect, se rapprochant plus de la vie contemporaine, et survenant dans une phase de sommeil ressentie comme plus légère.

Il semble en effet certain que les réveils effectués lors des différents stades du sommeil permettent d'obtenir un compte rendu très différent suivant la phase. Car dans une expérience décrite par L.-J. Monroe, A. Rechtschaffen et D. Foulkes (non publiée) [71], ces auteurs sont parvenus, sur le seul souvenir de rêve qui leur était donné, à retrouver la phase du sommeil pendant laquelle le sujet avait été réveillé, et cela dans une proportion très remarquable de réponses exactes : 71,2 % pour un des deux correcteurs, 82,9 % pour l'autre, sur 299 souvenirs de rêves.

Ainsi ce que nous appelons rêve correspond à ce qu'on obtient en réveillant le sujet pendant ou après une phase de sommeil paradoxal et les récits obtenus après avoir réveillé le sujet pendant les autres stades du sommeil, bien que pouvant être occasionnellement confondus, paraissent qualitativement fort différents du rêve proprement dit, mais ne sont pas pour autant uniquement des artéfacts.

Ces constatations concordent tout à fait avec celles décrites par Foulkes dans une étude similaire [37].

Constitution du rêve

Progression

Ch. Fisher [31] a d'autre part tenté de relier les contenus qualitativement différents obtenus après avoir réveillé les sujets au cours de ces deux phases distinctes du sommeil. Il estime que,

au cours de la phase de sommeil rapide, les expériences concernent des idées et des événements récents (i.e. presque uniquement les « résidus diurnes » purs), puis peu à peu, les faits se compliquent, s'enchevêtrent, se condensent, s'élaborent, la réalité s'estompe. Il serait ainsi parvenu à suivre, en réveillant le sujet avant, au début, pendant et à la fin des phases paradoxales, la progression élaborative du rêve qui, partant d'un résidu diurne, aboutit au récit d'un contenu manifeste plus ou moins distordu suivant le moment du réveil. Il indique aussi que le résidu diurne subit une transformation beaucoup plus rapide au début de la nuit qu'à la fin.

Thème

On sait qu'il existe durant une nuit de sommeil de trois à six phases paradoxales, c'est-à-dire trois à six périodes de rêves. Ne pourrait-il pas s'agir d'un seul et unique rêve fragmenté en plusieurs épisodes ? Dement et Wolpert [25] ont étudié cette éventualité et ont tiré plusieurs conclusions :

1. — Le plus souvent, chaque rêve correspond à une « scène » relativement indépendante des rêves qui l'ont précédé ou qui le suivront.

2. — Le contenu manifeste de chaque rêve présente une parenté évidente avec un ou plusieurs rêves de la même nuit.

3. — Parfois tous les rêves de la même nuit sont unis par un seul thème, mais le plus souvent, seuls les rêves successifs peuvent être ainsi rapprochés.

On ne peut donc assimiler chaque rêve de la même nuit « aux chapitres successifs d'un même livre ». Des études ultérieures, effectuées principalement dans le Département de Psychiatrie de l'Université de Chicago, ont confirmé ce point de vue. Cependant deux auteurs, Offenkrantz et Rechtschaffen [75], se sont particulièrement intéressés au contenu latent des rêves exprimés par deux de leurs patients dont ils connaissaient particulièrement la biographie et la personnalité. Ils estiment que le contenu latent correspond à un seul et même conflit exprimé sur des modes variables au cours de la nuit.

Activité mentale nocturne

Mais il ne s'agit là que de souvenirs de rêves obtenus après avoir réveillé les sujets lors des phases paradoxales. Aussi Rechtschaffen et al. [86] ont cherché s'il existait un lien dans l'activité psychique pendant toute la durée du sommeil, c'est-à-dire entre les phases de sommeil lent entre elles et entre les phases paradoxales et les phases lentes. Dans cette étude ils n'ont envisagé que le contenu manifeste. Dans une première série, ils choisirent comme sujets d'expérience deux hommes qui avaient l'habitude de fournir des récits à la suite de leurs réveils tant lors des phases paradoxales que lors des autres stades du sommeil. Ils ont constaté dans cette série que plusieurs éléments du contenu manifeste restaient identiques ou très proches tout au cours de la nuit. Cependant ces divers éléments ne sont pas utilisés pour enrichir un thème unique, ce qui rejoint les constatations précédentes faites par Dement et Wolpert. D'autre part, le fait de trouver des éléments proches tant lors des réveils au cours des phases rapides que lors des réveils au cours des autres stades du sommeil ne peut, selon eux, être expliqué par le souvenir résiduel d'une activité onirique que le sujet aurait déjà rapporté lors d'un réveil précédent.

Dans une seconde série portant sur 17 sujets, les résultats précédents se retrouvent partiellement, ce qui pouvait être prévu, car ces sujets n'étaient pas particulièrement choisis comme ceux de la première série.

Les auteurs ont donc observé que pendant certaines nuits, des éléments manifestes communs se retrouvent lors des réveils au cours des différents stades E.E.G. du sommeil. Ils en concluent que les rêves qui surviennent pendant ces nuits-là ne sont que des éléments liés à l'activité mentale plus générale qui existe au cours du sommeil. Ce qui se rapproche des premières constatations décrites par Fisher [31].

CHAPITRE IV

LE REVE ET LES CARACTERES DE LA PHASE PARADOXALE

On vient de voir qu'il existe une différence dans le compte rendu de l'activité mentale des sujets réveillés au cours des phases paradoxales et pendant les autres stades du sommeil. Dans le premier cas la participation affective est plus profonde, plus vécue, beaucoup moins critiquée. Les sujets disent en général comme seule critique: « j'ai rêvé ». Par contre, dans les phases de sommeil lent, il existe une distance entre le récit et l'expérience mentale qui vient de s'effectuer, qui semble alors beaucoup plus proche de l'activité psychique diurne. En utilisant schématiquement la terminologie psychiatrique, car le niveau de conscience n'est pas comparable, pendant le sommeil : pendant la phase paradoxale il s'agit d'hallucinations délirantes, pendant les autres stades d'illusions fantasmatiques. Puisque le phénomène hallucinatoire onirique est avant tout, mais non exclusivement, visuel et qu'il existe au cours de la phase paradoxale des mouvements oculaires particuliers, peut-on relier ces deux constatations ?

1. — Imagerie onirique et mouvements des yeux

Roffwarg, Dement, Muzio et Fisher [88], dans une étude parue en 1962, sont partisans d'une corrélation point par point entre l'imagerie onirique et les mouvements des yeux constatés lors de la phase paradoxale. « L'homme qui dort remue les yeux pour regarder ou suivre les images hallucinatoires comme il le ferait s'il les voyait vraiment étant éveillé ». Ils sont en effet parvenus à prévoir sur le seul contenu manifeste du rêve les mouvements des globes oculaires concomitants, qui étaient

enregistrés par ailleurs grâce à un électro-oculogramme, et cela dans une proportion de réponses exactes impressionnantes. De même Berger et Oswald [14] sont parvenus à différencier des rêves passifs et actifs d'une part sur le contenu et d'autre part sur l'enregistrement oculographique : la concordance est statistiquement significative. Il semble cependant qu'on ne puisse retenir une aussi séduisante hypothèse. Les arguments critiques sont en effet très nombreux. J. Mouret [73] les relève dans sa thèse sur les « Mouvements oculaires au cours du sommeil paradoxal ». Il a été constaté chez le nouveau-né (Roffwarg et al.) dont la rétine est immature, des mouvements rapides des yeux identiques à ceux de l'adulte. Dans les syndromes de décortication, de décérébration, de Balint, de cécité corticale « dans tous les cas au cours des phases de sommeil paradoxal, les mouvements oculaires sont apparus normaux, tout au moins qualitativement ». Il faudrait qu'il existe des localisations perceptives cérébrales différentes de celles connues jusqu'alors pour expliquer de tels phénomènes, si on admet l'hypothèse d'une relation entre l'imagerie visuelle onirique et les mouvements des yeux. Quand aux enregistrements de sommeil qui ont été effectués chez des sujets aveugles, ils ne concordent pas. Pour Berger et al. [12], chez trois aveugles congénitaux il n'existerait pas de M.R.Y. au cours du sommeil paradoxal. Par contre il en existerait chez un sujet aveugle depuis dix ans. D'un autre côté, Amadeo et Gomez [in 73] ont trouvé des M.R.Y. au cours du sommeil paradoxal chez huit sujets aveugles de naissance.

D'autre part les mouvements des yeux au cours du sommeil et de la veille ont été étudiés par Jeannerod et Mouret [48], qui ont mis en évidence plusieurs points importants : les mouvements oculaires recueillis lors de l'observation d'objets fixes ou mobiles sont différents des mouvements oculaires obtenus lors de la remémoration immédiate des mêmes objets. De même il paraît très difficile d'assimiler les mouvements oculaires de remémoration et les M.R.Y. du sommeil paradoxal : « La seule similitude étant les vitesses et cette similitude disparaissant lors de la remémoration les yeux ouverts dans l'obscurité complète ».

On peut donc admettre que les mouvements des yeux constatés lors des phases de sommeil paradoxal n'impliquent pas une participation perceptive visuelle, mais qu'il s'agit uniquement de la mise en jeu du système oculo-moteur. Il semble donc que les mouvements des yeux au cours du sommeil paradoxal aient la même signification que les autres manifestations constatées : modifications cardio-respiratoires, mouvements fins de la face et des extrémités. Jeannerod et Mouret soulèvent l'hypothèse « d'ébauches de comportement bloquées par l'abolition du tonus ».

2. — Manifestations périphériques et rêves

Dans ces conditions, on ne peut interpréter les mouvements des yeux sans chercher à expliquer les mouvements des extrémités, de la face et non seulement les mouvements du bassin « parfois observés, et évidemment de nature sexuelle » (Roffwarg et al.). Certes les variations du rythme respiratoire se font soit vers le ralentissement, soit au contraire vers l'accélération et on a pu soutenir que lorsqu'il existait une tachypnée le rêve était angoissant ; certes il existe des variations du rythme cardiaque, de la tension artérielle, de la résistivité de la peau au cours du sommeil en général et de la phase paradoxale en particulier, mais pour le moment rien ne permet d'affirmer une corrélation entre le contenu psychologique du rêve et ces modifications végétatives. Il semble que le système nerveux végétatif ait lui aussi son adaptation personnelle au cours du sommeil sur laquelle agirait la phase paradoxale. La réponse alors obtenue dépendrait de la mise en jeu ou de l'inhibition partielle du centre végétatif. Cette action semble plus dépendre du processus physiologique de la phase paradoxale que de la charge émotionnelle contenue dans le rêve qui l'accompagne. L'inverse peut aussi être envisagé, le contenu dépendrait de la mise en jeu de centres végétatifs influençant la tonalité, mais actuellement rien ne confirme cette hypothèse.

3. — Durée du rêve

Il y a d'autres points dans le rêve que les progrès de la neurophysiologie ont permis d'envisager de façon plus précise. Ainsi la notion de durée du rêve a pu être envisagée grâce à l'apport des techniques expérimentales.

Pour certains le rêve est instantané. Cette théorie est illustrée par de nombreux exemples, dont le plus connu est le fameux rêve dit de « Maury guillotiné ». Maury raconte en effet un rêve qui se déroule au moment de la Révolution Française, qui a de multiples épisodes et qui se termine sur la guillotine. Or, Maury se réveille à cet instant précis et découvre que son « ciel de lit » vient de lui tomber sur la nuque. Il en déduit que le long rêve qu'il vient de faire a été totalement induit par cet accident et qu'il pu bâtir en un instant un scénario cohérent et d'une longueur sans commune mesure avec la rapidité de l'incident. On pourrait faire de nombreuses critiques à cette description et aux conclusions qui en ont découlé. L'ignorance du phénomène d'élaboration secondaire semble cependant la plus pertinente : Maury aurait en effet raconté son rêve dix-huit ans après l'avoir vécu.

Les tenants de la seconde hypothèse (le rêve ne naît pas instantanément, mais a une dimension dans le temps) l'illustrent grâce au rêve de Clavière. Cet auteur raconte un épisode onirique nocturne dans lequel il se voit en train de faire une conférence sur la scène d'un théâtre connu, lorsqu'il entend le téléphone sonner, il se déplace alors pour répondre, décroche le récepteur, lorsqu'il est réveillé par la sonnerie de son réveil. Or, ce réveil avait la particularité de sonner deux fois, l'intervalle entre les deux sonneries étant de cinq secondes. En vérifiant, il s'aperçoit qu'il lui faut exactement cinq secondes pour faire le trajet entre la rampe de la scène et la place du téléphone. Il est certain que là aussi l'élaboration secondaire puisse avoir joué son rôle, mais il semble, néanmoins, que son importance soit moindre que dans le rêve de Maury : le laps de temps séparant les deux stimulations auditives est nettement précisé, la vérification n'a pu être exécutée qu'une fois l'hypothèse soulevée, donc le récit du rêve intégré dans une conscience vigile.

Du reste les travaux plus récents, plus précis et plus objectifs des neurophysiologistes paraissent confirmer cette hypothèse. Dement et Kleitmann [23] ont montré que la longueur des récits de rêves obtenue, après avoir réveillé les sujets pendant les phases de sommeil paradoxal, est proportionnelle à la durée des mouvements rapides des yeux qui ont précédé le réveil : si un sujet est réveillé au début d'une phase paradoxale, il raconte un rêve plus court que s'il est réveillé après plusieurs minutes de ce sommeil. Il se produit certes un point critique au-delà duquel le rêve ne paraît pas s'allonger. Il existe très probablement une progression élaborative du rêve qui implique une notion de temps. La longueur du récit est fonction de la durée de la phase paradoxale. Les différents éléments constitutifs arrivent donc successivement pour se compléter, s'enchevêtrer. Les transitions sont limitées ou absentes, les scènes se juxtaposent, s'imbriquent. L'incohérence s'installe. Le cadre temporel rigide se modifie dans le vécu, mais persiste partiellement, car de cette succession découle un récit qui s'étoffe progressivement. Mais là encore on pourrait soulever de nombreuses critiques et comme le fait remarquer Trosman [95] : « Ne s'agit-il pas d'un artéfact en rapport avec la situation expérimentale, le sujet conservant une certaine relation avec la réalité extérieure, relation qui n'existe pas lors du sommeil normal ? ».

4. — Le rêve et les stimuli extérieurs

La description du rêve de « Maury guillotiné » et du rêve de « Clavière » soulève un autre problème que nous avons déjà évoqué : les rêves sont-ils une réponse à un stimulus extérieur ? Ainsi dans le rêve de Maury, le contenu révolutionnaire aurait été induit par la chute du « ciel de lit ». Il existe de nombreux autres rêves expérimentaux cités par Maury ou par Hervev de Saint-Denis qui sont à la base de la théorie réflexogénique. Par contre, dans le rêve de Clavière, le stimulus extérieur a été incorporé dans le rêve ; la première sonnerie est au cœur même du rêve, la seconde sonnerie provoque le réveil et n'induit pas le processus onirique.

Ce sont les travaux de Dement et Wolpert [26] qui apportent des arguments définitifs sur cette question. Aucun des stimuli auditifs émis au cours du sommeil lent ne provoque d'apparition de Mouvements Rapides des Yeux tels que ceux rencontrés au cours des phases de rêves. Par contre, si les stimuli sont émis pendant la phase de sommeil rapide avec mouvements oculaires, le contenu manifeste du rêve en porte bien souvent la trace. Et parmi tous les stimuli que ces auteurs ont utilisés, ce sont les bruits de goutte d'eau qui sont le plus facilement incorporés dans le rêve.

Dans ce cadre des stimuli auditifs pendant le sommeil, on a tenté de vérifier, chez l'homme, la « profondeur » du sommeil pendant les phases de sommeil rapide. La plupart des auteurs sont en faveur d'une élévation du seuil de réveil pendant le rêve, comme nous l'avons décrit plus haut. Par contre, Snyder [94] déclare qu'en fait le seuil d'éveil reste à peu près le même tout au cours du sommeil, mais que, pendant les phases de rêve, le sujet est distrait par les événements auxquels il participe, et que, si les motivations sont assez fortes, le sujet « entendra » très bien le stimulus extérieur. Il existe d'autre part certainement un conditionnement pour les bruits extérieurs, le conditionnement pouvant être négatif pour certains stimuli, positif pour d'autres. Ainsi le sommeil n'est subjectivement pas troublé par le passage des trains quand on dort près d'une voie ferrée, certes après une période variable d'adaptation. D'un autre côté la mère de famille sera immédiatement et totalement réveillée par le moindre soupir suspect venant du berceau de son enfant, comme l'a remarqué Bergson. L'intensité sonore n'est cependant absolument pas comparable entre le passage d'un train et le soupir d'un bébé. Ce processus d'habituation témoigne d'une sélectivité remarquable qui « rend encore plus probable l'intervention d'une analyse corticale » [54] qui persiste pendant le sommeil. Le choix de l'élément extérieur à incorporer reste lui aussi sous la dépendance probable d'un contrôle cortical.

Nous devons aussi signaler que des études E.E.G. chez le chat ont montré que cet animal est capable de différencier au cours de son sommeil divers stimuli auditifs pour lesquels il est conditionné [90].

Berger est parvenu à retrouver dans les récits de rêves sous une forme phonétiquement peu modifiée les prénoms qui étaient proposés et émis pendant les phases de rêves.

5. — Incorporation des résidus diurnes

En dehors des « perceptions actuelles » du dormeur qui sont plus ou moins incorporées dans le contenu onirique, le souvenir des « perceptions récentes » joue aussi un rôle, si ce n'est dans la genèse du rêve, tout au moins dans le récit de son contenu. C'est le problème de la constance des « résidus diurnes » dans les images du rêve. On connaît les expériences décisives de Pötzl qui, faisant défiler au tachistoscope des images pendant la journée, devant les yeux de plusieurs sujets, s'est aperçu que le contenu de leur rêve témoignait de la présence de stimulations que le procédé ne leur permettait pas de recevoir [cité par Ey in 27]. Cette étude illustrait pour la première fois les conceptions de Foulcault pour qui « les images qui passent dans les rêves sont celles sur lesquelles l'attention s'est le moins portée dans la journée » [27]. De nombreux autres travaux ont confirmé l'importance des stimuli sensoriels sub-liminaux dans la formation de l'imagerie onirique. Nous nous bornerons à citer les travaux de Paul et Fisher [79] et de Corman et al. [20], qui débouchent sur les passionnants problèmes de la relation entre perception et niveau de conscience. C'est aussi dans le but d'étudier la transformation que subissent les résidus diurnes que Witkin et Lewis [103] ont cherché à inclure un « événement traceur » dans leurs expériences. Pour cela ils ont présenté à des volontaires non médicaux des films courts, mais au contenu plus ou moins traumatisant (scène d'accouchement avec vacuum-extractor et épisiotomie, scènes d'initiation rituelle primitives avec circoncision, film socio-économique sur le Far-West). Puis les sujets allaient dormir dans le laboratoire sous contrôle E.E.G., mais étaient réveillés à la fin de chaque phase de sommeil rapide et on les priait alors de bien vouloir raconter leurs rêves. Chaque sujet était soumis à la fin de son sommeil à une enquête approfondie sur les rêves qu'il venait de faire et les associations qui en découlaient. Enfin tous ces volontaires étaient l'objet d'une étude clinique complète :

entretiens psychiatriques, tests projectifs, etc... Il s'agissait de sujets qui travaillaient la nuit et qui acceptaient de se prêter à ces expériences pendant la journée moyennant un dédommagement de 10 \$. Les premiers résultats montrent que les éléments des films se retrouvent dans les rêves qui les suivent, soit facilement reconnaissables, soit symboliquement transformés. Grâce à l'enquête clinique, il est possible pour chaque sujet de suivre « l'élément traceur » en fonction de la situation expérimentale et de la vie personnelle. Il est possible également d'étudier les oublis, les modifications, le style du rêve, les modalités répressives selon les différentes personnalités. Il est certain que de tels travaux sont d'un grand intérêt pour la connaissance de l'activité onirique et de sa relation avec l'activité psychique du dormeur. Le rêve ne peut être isolé ni du vécu antérieur, ni des expériences récentes, il est en continuité avec la pensée vigile et est une partie intégrante de l'activité psychique générale de tout individu.

6. — Schizophrénie, sommeil et rêves

Nous avons signalé plus haut la parenté clinique du rêve et de la psychopathologie. Les neurophysiologistes se sont eux aussi penchés sur ce problème et ont recherché les éventuelles modifications, tant qualitatives que quantitatives, des périodes de rêves, c'est-à-dire des phases de sommeil rapide avec M.R.Y. Ainsi Fisher et Dement [33] ont pu suivre l'évolution de plusieurs patients « border-line » dont l'un devint psychotique. Il est assez curieux de constater que pendant les cinq mois qui ont précédé l'installation brutale de la décompensation, les périodes de sommeil rapide avec M.R.Y. atteignaient en moyenne 30 % du sommeil total, alors qu'elles ne dépassent pas 20 % pour des individus normaux du même âge. Puis lors de l'irruption de la symptomatologie hallucinatoire acoustico-verbale témoignant d'une psychose de type paranoïde, les enregistrements pratiqués, dès que cela fut possible, ont montré que les périodes de rêves occupaient 50,1 % du sommeil total. Le traitement neuroleptique (Trifluopérazine ou Stélazine) a rapidement fait baisser le pourcentage des périodes de rêves, mais la diminution de la dose a provoqué une nouvelle augmentation du temps total de rêve.

D'autre part, les caractéristiques habituelles de ces phases de rêves étaient profondément modifiées : elles étaient interrompues par des phases brèves de sommeil lent sans mouvement oculaire, leur durée était variable, leur cycle différent.

Ces modifications inhabituelles des patterns E.E.G. pendant les phase rapides ont été retrouvées par Koresko, Snyder et Feinberg [62] chez des schizophrènes hallucinés et non hallucinés. Par contre, ils n'ont pas retrouvé chez leurs onze patients d'élévation significative du temps passé à rêver.

Il y a évidemment un autre volet dans l'approche neurophysiologique de la schizophrénie, car on a très souvent comparé les expériences délirantes à des rêves éveillés. C'est dans cette optique que Rechtschaffen et al. [81] ont étudié l'E.E.G., l'E.M.G., les mouvements oculaires de cinq schizophrènes en poussée aiguë. Ils ont recherché grâce à ces trois éléments l'apparition éventuelle, en période de veille, de phases analogues au sommeil rapides avec M.R.Y., dont on sait qu'elles sont contemporaines de l'activité onirique. Les résultats montrent qu'à aucun moment les tracés de veille E.E.G., E.M.G., oculographiques ne sont comparables aux tracés du sommeil onirique. Ces faits n'indiquent nullement que les composantes neurophysiologiques sont identiques chez le sujet normal et le schizophrène, ni que la ressemblance phénoménologique entre rêve et expérience délirante n'est qu'une apparence, mais seulement que l'expérience délirante et que le rêve nocturne du sujet normal n'ont pas les mêmes caractéristiques d'enregistrement. On peut du reste envisager facilement que le résultat final puisse être le même mais la mise en jeu différente.

En somme, chez le schizophrène en poussée aiguë, les phases de sommeil paradoxal sont différentes quantitativement et qualitativement de celles du sujet normal, et il n'apparaît pas au cours des enregistrements de veille chez le schizophrène de phases comparables aux phases de sommeil onirique.

Quant à l'étude directe des souvenirs de rêves chez les schizophrènes, il semble, en particulier lors des poussées aiguës, que la discrimination soit difficile à faire tant par le sujet que par le clinicien de ce qui relève exactement du processus onirique. Beaucoup de patients déclarent ne pas rêver, ceux qui rêvent ont tendance à confondre rêve et réalité ou présentant dans leurs récits une symbolisation extrêmement riche, complexe, portant

sur des thèmes multiples. Les schizophrènes chroniques sont plus brefs dans leur récit de rêves ; le vocabulaire limité, la symbolisation pauvre et bizarre sont à mettre en relation avec le « defect » morbide [19 - 44].

7. — Manipulations expérimentales du cycle sommeil-rêve

— *Privation de rêves.*

On peut rapprocher les constatations précédentes des expériences de « privation de rêves » effectuées par Dement [22]. Les sujets sont réveillés pendant quelques minutes, dès l'installation des phases de sommeil rapide avec M.R.Y. Il est ainsi possible de réduire de 65 à 75 % le temps total de rêve. On s'aperçoit que le nombre de réveils pour obtenir ce résultat croît progressivement, par exemple, la première nuit, 7 réveils sont nécessaires, mais la cinquième nuit il en faut 30. Dans sa première expérience, Dement avait limité sa durée à cinq nuits consécutives, il aurait atteint plus récemment un maximum de 16 nuits consécutives [33]. Pendant ces périodes de privation de rêves, où bien entendu le temps de sommeil total n'est pas touché, le comportement des volontaires de l'expérience se modifie et parfois les sujets abandonnaient dès la première ou la seconde nuit. Il apparaît de l'anxiété, de l'irritabilité, une difficulté de concentration, des troubles mnésiques mineurs, une augmentation curieuse de l'appétit qui a même entraîné une prise de poids de plusieurs kilos en quelques jours. Et « à poursuivre ce méchant petit jeu un certain temps, on finit par provoquer chez la victime en expérience un véritable état traumatique de type généralement psychotique » (Racamier, in [106], p. 358). Mais il n'est pas moins intéressant de suivre la période de récupération. Pendant les nuits de récupération que le sujet passe au laboratoire, mais sans être réveillé, on note une augmentation très importante des phases de sommeil paradoxal avec M.R.Y., pouvant atteindre parfois 80 % du niveau initial.

On peut rapprocher ces constatations de celles observées chez le chat. D. Jouvet et coll. [51] ont pu en effet remarquer qu'après privation sélective des phases paradoxales, on observe une récupération élective de cet état de sommeil. Le taux moyen

de P.R.S., qui est normalement de 25 à 30 %, s'élève progressivement au cours du sommeil de récupération, pour atteindre un maximum de 60 % après privation de 3 jours. Ce maximum ne peut être dépassé même après 17 jours de privation. Une telle augmentation des P.R.S. ne se fait pas au profit de la durée, mais par une augmentation de leur fréquence. Toujours chez le chat, la lésion de la formation réticulée pontique [59] entraîne, chez ces animaux qui sont alors privés de leur P.R.S., des troubles du comportement et une activité de veille qui n'est explicable que si on admet qu'ils sont hallucinés. D'autre part ils présentent des troubles des conduites alimentaires et en particulier de la boulimie. On peut rappeler, à ce propos, les travaux de l'école psychanalytique sur les relations entre le rêve et l'oralité, et les psychoses et les régressions orales. Forrer a même remarqué que le fait de manger diminuait l'activité hallucinatoire [36], et Hamburger [46] signale que la quantité de rêves dont le contenu concerne la nourriture et la boisson décroît très significativement à mesure que la psychanalyse de ces patients avance.

— *Privation du stade IV.*

Il faut néanmoins se garder d'affirmer que dans le sommeil seules les phases paradoxales sont indispensables. En dehors du fait que chez les sujets normaux les phases de sommeil onirique ne succèdent qu'à un autre stade du sommeil et ne surviennent pas spontanément, en dehors du fait qu'il existe chez le chat une période réfractaire après chaque P.R.S. pendant laquelle toute stimulation de la formation réticulée pontique n'entraîne pas de nouvelles P.R.S., les expériences de privation élective d'un autre stade du sommeil provoquent une modification de leur répartition dans les nuits de récupération. Ainsi Agnew et al. [2] sont parvenus à supprimer pratiquement totalement chez cinq sujets, pendant deux nuits, le stade IV du sommeil. Une intensité sonore émise, insuffisante pour réveiller complètement le sujet, suffisait à empêcher le passage dans le stade IV. Le comportement pendant ces deux journées n'est pas indiqué, mais par contre les résultats E.E.G. montrent que lors des nuits de récupération, on assiste à une augmentation très significative du pourcentage de stade IV.

— *Privation de sommeil.*

On connaît les travaux nombreux qui ont été consacrés aux privations de sommeil et aux résultats comportementaux qui en découlent. Les faits les plus remarquables consistent en l'apparition d'illusions optiques, pouvant entraîner de véritables hallucinations, d'un certain degré de désorientation temporelle, d'une fatigabilité intellectuelle avec détérioration [15]. Tous ces troubles s'aggravent en même temps que se prolonge la veille. Il peut s'y associer de brefs épisodes d'illusions tactiles, de dépersonnalisation, de désorientation spatiale. Mais surtout on a signalé pendant ces expériences des périodes passagères de chute brutale de la vigilance qui ont été appelées « lapses » par Morris [72]. Et même, après cinq nuits de privation totale de sommeil, des sujets normaux présentent un comportement psychotique qui est plus intense la nuit et survient avec une périodicité de 90 à 120 minutes « comparable aux rêves du sommeil spontané et affectant très exactement la même périodicité, à base neurobiologique, qui soutient le rêve » [99]. Or, d'après Fisher et Dement [33], il existe lors des nuits de récupération une augmentation des phases de sommeil paradoxal et ils en déduisent que celles-ci jouent un rôle très important dans la genèse des troubles du comportement. Ils pensent qu'en prolongeant l'expérience de privation élective des phases de sommeil rapide, ils parviendraient aux mêmes résultats qu'en empêchant totalement le sommeil. Par contre, Berger et Oswald [13] ne sont pas aussi formels, car ils ont trouvé que la première nuit de récupération, après privation totale de sommeil, entraînait une augmentation très significative du temps de sommeil lent et que ce n'était que dans les nuits suivantes que le temps de sommeil rapide s'élevait. Ils estiment donc que les deux sortes de sommeil sont très étroitement liées et qu'il est impossible de faire jouer un rôle prédominant au sommeil rapide par rapport au sommeil lent.

Toutes ces expériences sont d'un grand intérêt, car elles entraînent plusieurs conclusions. Une certaine quantité de sommeil est indispensable pour assurer un bon équilibre psycho-viscéro-moteur. Mais on peut envisager que la régulation « fine » de cet équilibre est fonction du pourcentage des différentes phases et on arrive ainsi à une véritable « fonction

onirique », à base neurophysiologique. Et, dans une traduction assez libre de Snyder [94], on ne devra plus demander : « Combien de temps avez-vous dormi ? », mais « Combien de temps avez-vous rêvé pendant votre sommeil ? ». Cette homéostasie, qui était jusqu'alors envisagée sous un angle psychologique [7], devient maintenant physiologique, sans qu'on puisse dissocier ce double aspect. « On pourra montrer également bien que nous rêvons parce que nous dormons et que nous dormons dans le but de rêver, deux perspectives dont la seconde n'est pas la plus étonnante » (J.-C. Benoit).

— *Médications psychotropes.*

On peut même entrevoir l'époque où les manipulations du cycle sommeil-rêve seront passées dans le domaine thérapeutique. Certes, les médications psychotropes employées actuellement jouent leur rôle, mais leur action n'est pas dirigée dans ce sens. Déjà chez l'animal, on avait remarqué que l'injection d'atropine à la dose de 0,2 à 0,3 mg/kg-poids provoquait une diminution de la durée des phases de sommeil rapide et que, à l'opposé, les substances cholinergiques (ésérine) entraînaient un allongement de la P.R.S. Des travaux récents [69] ont repris cette question. Chez l'homme, l'administration d'un mélange comprenant 15 mg de sulfate d'amphétamine dextrogyre et de 100 mg de Nembutal [83] élimine entièrement les phases de sommeil avec M.R.Y., tandis que l'amytal sodique diminue leur durée de 40 à 50 %. (Les cures de sommeil sont-elles tant que cela des cures de rêves ?). Par contre, les psychodysléptiques augmentent ces phases de sommeil rapide [11]. Il est du reste intéressant de comparer les manifestations provoquées par ces substances hallucinogènes pendant la veille et l'augmentation d'une phase de sommeil qui soutiendrait l'activité onirique. On a vu l'action d'un neuroleptique sur le taux de sommeil paradoxal dans l'observation, citée plus haut, de Fisher et Dement : la Stélazine a entraîné très rapidement une chute du pourcentage des phases paradoxales par rapport au temps de sommeil total.

D'autres travaux [101] ont tenté de préciser l'action de différentes substances pharmacologiques tant sur le nombre des rêves que sur leur contenu. Ainsi l'Imipramine diminue le nombre de rêves, mais augmente l'agressivité de leur contenu.

La Prochlorperazine favoriserait l'expression de rêves à contenu hétéro-sexuel et le phénobarbital augmenterait le contenu à forme homosexuelle. Ces trois substances, sur un mode non spécifique, augmenteraient le sentiment de dépendance et l'anxiété. Mais les deux tiers des rêves fournis au cours de cette expérience se rapportaient d'une façon plus ou moins détournée à la situation expérimentale où le sexe masculin des deux expérimentateurs jouait un rôle certain, faisant ressortir une angoisse de castration chez les sujets mâles.

Il nous semble toutefois non seulement prématuré, mais aussi aléatoire de proposer une explication uniquement biochimique du contenu des rêves. Ce serait admettre une signification mécaniste et atomistique de la « fonction onirique » dans sa totalité. Certes, la phase paradoxale du sommeil relève très probablement d'un mécanisme neuro-humoral inconnu sur lequel les substances pharmacologiques interviennent, mais des facteurs psychologiques peuvent aussi jouer un rôle. Ainsi Stoyva [in 31] a pu constater que la transe hypnotique entraînait une réduction de la durée des phases paradoxales pendant la période sommeil qui la suit. De même si le cadre de l'imagerie onirique visuelle est susceptible d'être induit par une action pharmacologique exogène, son rôle n'est pas unique et l'apport psychologique endogène y prend une part prépondérante. Il en est de même pour l'ambiance affective du contenu. L'étude approfondie de l'onirisme rencontré au cours de la pathologie des affections toxiques chroniques, des toxicomanies avec leur « paradis artificiel » pratiquement spécifique, des substances hallucinogènes permettront peut-être une approche différente de l'activité onirique.

8. — Rêve et mémorisation

Le plus important écueil rencontré dans l'étude clinique des rêves est la non-mémorisation. Il est fréquent de rencontrer des personnes qui assurent de bonne foi ne rêver qu'exceptionnellement ou qui savent qu'elles ont rêvé, mais ont totalement oublié le contenu. Or nous avons vu que les phases de sommeil qui sont assimilées aux périodes de rêves surviennent en moyenne toutes les heures et demie, s'allongeant du début à la

fin de la nuit et occupant environ 20 % du sommeil total. Ce qui permet à Snyder d'affirmer : « Nous avons aussi peu de souvenir des quatre ou cinq premières années de notre vie que des quatre à cinq ans que nous passons à rêver » [94].

Jusqu'aux découvertes neurophysiologiques récentes, on devait se baser uniquement sur la mémoire pour apprécier tant quantitativement que qualitativement la production onirique. Tous les auteurs ont du reste confirmé, et ceci reste un fait d'observation courante, qu'une certaine vigilance, une attention aiguïlée et des motivations profondes permettent d'obtenir des souvenirs de rêves très nombreux qui couvrent la totalité de la nuit. Nous avons pu personnellement vérifier cette assertion. L'influence capitale des motivations, en dehors de tout aspect neurophysiologique, donne toute sa valeur à l'interprétation de la non-mémorisation défensive du patient en thérapie d'orientation analytique. D'autre part, cette amnésie massive a évidemment été étudiée au cours des expériences avec contrôle E.E.G.

Ainsi dans les expériences qui leur ont permis d'obtenir 80 % de souvenirs de rêves, Dement et Kleitmann [23] réveillaient les sujets pendant la phase de rêve, de cinq à vingt minutes après le début des M.R.Y. Mais comme le font remarquer Dement et Wolpert [26], ces interruptions entraînent un déficit dans le rêve et il faudrait attendre la fin de l'épisode de sommeil rapide et l'installation d'une phase lente à l'E.E.G. pour avoir la certitude que le rêve soit achevé. Or la conservation mnésique décroît rapidement « et semble devenir impossible lorsque le rythme alpha disparaît pour laisser place aux ondes lentes » [J.-C. Benoit - 11]. Ainsi Dement et Kleitmann ont obtenu huit souvenirs de rêves sur dix-sept réveils pratiqués de 1 à 8 minutes après la fin des phases paradoxales, mais seulement six souvenirs de rêves sur cent trente-deux réveils pratiqués 8 minutes et au-delà après la fin de la phase paradoxale, le sujet certifiant alors qu'il n'avait pas rêvé antérieurement. C'est pour éviter ces deux écueils, rêves amputés - rêves oubliés, que Dement et Wolpert ont proposé de réveiller les sujets au moment où apparaît un important mouvement de tout le corps qui coïncide, pour ces auteurs, avec la fin de la période de rêve et l'installation d'un autre stade de sommeil.

Il paraît certain que les troubles du sommeil favorisent la mémorisation des rêves, mais par contre un réveil total n'est pas indispensable. Du reste, ceci est connu depuis fort longtemps : ne dit-on pas qu'une digestion pénible fait rêver et il paraît vraisemblable que ce fait tient plus à la qualité du sommeil qu'à la quantité des phases paradoxales survenant au cours de la nuit. Il doit exister d'une façon générale un stade intermédiaire entre la veille et le sommeil, un niveau de conscience qu'il faut atteindre pour que le rêve ne reste pas englouti, une reconstitution passagère et partielle de la dissolution hypnotique.

C'est à Goodenough et coll. [40] qu'on doit les études les plus complètes sur les « rêveurs » et les « non-rêveurs » et H.B. Lewis [67], dans une étude non encore publiée, distingue, parmi les individus qui déclarent ne pas se souvenir de leurs rêves (« non-rêveurs »), plusieurs groupes. Le premier comprend les sujets qui, sur au moins la moitié des réveils au cours des phases de sommeil rapide, sont incapables de fournir le moindre souvenir de rêve. Chez ces sujets, qui sont proportionnellement les moins nombreux, H.B. Lewis émet l'hypothèse qu'ils doivent mettre en jeu un « facteur » qui favorise l'oubli des rêves. Ce « facteur » serait comparable à celui qui se manifeste lors de la première phase de sommeil rapide de la nuit, où les souvenirs de rêves sont moins nombreux et plus courts, mais dont les caractéristiques périphériques sont légèrement différentes (mouvements des yeux plus lents, seuils d'éveil encore plus élevés).

Le second groupe correspond aux sujets qui déclarent qu'ils étaient réveillés et réfléchissaient au moment du réveil. Il fallait, pour être compris dans ce groupe, que ce phénomène survienne dans la moitié des réveils. Ces sujets présentaient sur un mode statistiquement significatif une activité oculaire moins importante que les « rêveurs ». Ils assuraient d'autre part qu'ils dirigeaient leur activité onirique et du reste beaucoup de leurs rêves et de leurs « réflexions » concernaient la situation expérimentale. Evidemment, dans ces conditions, il est difficile d'assimiler le sommeil du laboratoire et le sommeil habituel. Si ces deux sortes de sommeil sont différentes, on peut admettre que les sujets réfrènent leurs rêves dans une situation ressentie

comme angoissante. Par contre, si elles sont identiques, il faut alors admettre que le contenu habituel des périodes de sommeil rapide correspond à des « pensées » et est moins facilement vécu comme rêve.

Quant au troisième groupe, le compte rendu qu'il donne, dans les conditions expérimentales de réveils forcés au cours des phases de sommeil rapide, est tout à fait comparable à celui fourni par les « rêveurs ». Il faut cependant remarquer que pour la plupart de ces sujets, les seuils d'éveil sont plus élevés et qu'ils manifestent une anxiété évidente pendant leur comportement que dans le contenu de leurs rêves, où la situation expérimentale actuelle se retrouve très fréquemment.

Mais en dehors de ce problème de la non-mémorisation totale de l'activité onirique, il en est un autre : celui du choix fait parmi les rêves. Whitman et coll. [101] ont fait sur ce sujet une étude passionnante. Ils ont utilisé pour cela deux sujets : un homme, personnalité impulsive, anxieuse, en psychothérapie, et une femme étudiante, volontaire, présentant des traits de caractère d'inhibition et d'introversion. L'expérience a consisté à réveiller les sujets cinq minutes après le début de leurs phases paradoxales. Ils devaient alors raconter à un premier expérimentateur le rêve qu'ils venaient de vivre. Après leur réveil définitif, un second expérimentateur, psychiatre, leur demandait le contenu de leur activité onirique nocturne. Les résultats obtenus ont été rangés et discutés en trois catégories :

1. — Les rêves racontés au premier expérimentateur, mais pas au second.
2. — Les rêves dont le contenu avait été modifié.
3. — Les rêves « additionnels » révélés au psychiatre, mais non à l'expérimentateur.

Dans les trois cas les modifications survenues sont à mettre sur le compte des relations interpersonnelles qui s'étaient développées dans le cadre de cette approche triangulaire.

En dehors de cet aspect psychodynamique, les auteurs ont constaté que les rêves précoces étaient presque aussi bien mémorisés que les rêves matinaux, lorsque le sujet est réveillé pour les rapporter peu après leur survenue. Cette étude a permis en outre de mettre en évidence l'importance de l'élabo-

ration secondaire. Ainsi, le contenu immédiat des rêves était en général fragmentaire et assez incohérent, par contre, dans le récit fourni au psychiatre le lendemain, le contenu était beaucoup plus organisé, le thème évident et continu. Il semble que la majeure partie de ce travail se faisait dans la nuit même du rêve. Il reste néanmoins évident que la situation expérimentale ne permet pas de tirer des conclusions définitives.

9. — Paroles prononcées au cours du sommeil

Les méthodes électroencéphalographiques ont aussi permis de localiser plus exactement divers incidents survenant au cours du sommeil, tels que le grincement de dents, le ronflement, le fait d'émettre des paroles ou des sons.

Il n'est pas rare de rencontrer « des gens-qui-parlent-la-nuit » et il semble qu'ils soient plus nombreux dans les dortoirs de collectivité que dans les salles d'hôpitaux, tout au moins qu'ils soient plus aisément dépistés. La distribution de somnifères doit dans ce cas jouer un rôle. La croyance populaire voudrait que le sujet-qui-parle-la-nuit soit dans un état de réceptivité particulière et de moindre défense, si bien qu'il serait alors possible de soutenir avec l'intéressé un véritable dialogue. S'agit-il d'une réalité ou d'une simple allégation ? Nous n'avons pu trouver aucune référence sur ce sujet. Par contre, les travaux de Rechtschaffen et al. [82] permettent de préciser le moment d'apparition de ce phénomène par rapport aux différents stades du sommeil. Cet auteur a montré qu'il n'existe pas de stade privilégié pour parler la nuit : les incidents se répartissent pendant tout le sommeil. Mais, au cours du sommeil paradoxal, les paroles prononcées diffèrent de celles émises pendant le stade de sommeil lent. Elles sont chargées d'affectivité, elles n'ont pas de relation avec la situation expérimentale, s'intègrent dans le rêve en cours et ne sont pas accompagnées de mouvements du corps. R.H. Phillips [81] assimile les mouvements des doigts chez les sourds pendant leur sommeil, que L.W. Max avait signalé dès 1935, à une véritable conversation tenue dans le langage visuel. Il semble toutefois qu'il faut plutôt les considérer comme des manifestations périphériques de la phase paradoxale du sommeil, comparables à celles rencontrées chez l'homme normal et chez l'animal.

Par contre, les paroles émises au cours du sommeil lent sont toujours accompagnées de mouvements musculaires, sont souvent en relation avec la situation expérimentale, parfois en rapport avec l'activité mentale de l'instant, sans charge affective. L'individu-qui-parle-la-nuit au cours d'une phase de sommeil lent se trouve dans un état physiologique intermédiaire entre la veille et le sommeil, quant aux paroles survenant au cours des phases paradoxales, elles s'intègrent dans le rêve concomitant. Cette propriété reste cependant l'apanage de quelques individus, ce qui implique une facilitation personnelle dont la cause reste à trouver.

10. — Bryxomanie

Un autre phénomène fort important, puisqu'il intéresserait 10 % de la population et qu'on le rencontre à tous les âges, est le grincement de dents nocturne ou bryxomanie. En dehors de ses effets désastreux sur la dentition, il est assez gênant pour la tranquillité du sommeil de l'entourage et ce sont les dentistes qui ont tenté de localiser plus exactement la bryxomanie dans le cycle du sommeil. Tout d'abord le grincement de dents nocturne est dû à la contraction des masséters et l'étude E.M.G. de ces muscles associés à l'enregistrement E.E.G. du sommeil permet de comparer les différents tracés. D'autre part, un micro installé devant le dormeur permet de différencier la bryxomanie du mâchonnement qui est, lui, silencieux. Reding et al. [87] ont ainsi pu mettre en évidence que le grincement de dents coïncidait, soit avec les mouvements du corps qui surviennent aux différents stades du sommeil, ce qui est compréhensible, soit avec les phases paradoxales du sommeil avec M.R.Y. qui sont contemporaines du rêve, ce qui est plus curieux. On pourrait là encore rechercher une éventuelle relation avec le contenu du rêve, cependant, plus raisonnablement, Reding relie ces mouvements des mâchoires aux autres manifestations périphériques des phases de sommeil paradoxal. Il remarque que les expériences de Jouvet chez le chat ont montré que la P.R.S. était accompagnée de mouvements des vibrisses qui lui paraissent tout à fait assimilables

au grincement de dents. D'autre part, chez l'animal, le centre de la P.R.S. est localisé dans la substance réticulée pontique dans le voisinage du noyau moteur du trijumeau responsable de la contraction des masseters.

11. — Erection et sommeil

Très récemment, Fisher et coll. [34] ont pu remarquer qu'il existait pendant les phases paradoxales du sommeil des périodes d'érection de façon habituelle sans qu'on puisse relier explicitement ce phénomène à un rêve à contenu sexuel. Cette constatation a entraîné l'auteur à proposer plusieurs hypothèses, les unes psychologiques, les autres physiologiques, ces dernières nous paraissant les plus satisfaisantes dans l'état actuel de nos connaissances.

Peut-on assimiler l'érection, constatée au moment des phases de rêves chez l'homme, au comportement olfacto-bucco-anogénito-sexuel décrit par Vincent [98] précédant les phases de sommeil paradoxal chez le lapin ? L'extrapolation est très certainement dangereuse, mais ouvre néanmoins des perspectives intéressantes si on admet que le rêve favorise une libération instinctuelle des pulsions primitives.

12. — Apport de la neurophysiologie à la théorie psychanalytique des rêves

Quoiqu'il en soit, les découvertes de ces dernières années éclairent d'un jour nouveau la théorie psychanalytique des rêves. Il faut toutefois remarquer que Freud et ses élèves n'ont émis leur théorie que par rapport à l'utilisation psychothérapique qu'ils faisaient du contenu, c'est-à-dire en fonction des préoccupations interprétatives de cette Ecole. De nombreux auteurs ont tenté de concilier la position psychogéniste freudienne avec les données neurophysiologiques actuelles. Ainsi pour Freud : « le rêve est un gardien du sommeil », pour les neurophysiologistes, et là encore nous assimilons phase de sommeil rapide avec M.R.Y. et rêves, l'activité onirique est une nécessité. La mise en jeu périodique d'un centre situé dans la substance réticulée du Pont ne dépend pas essentiellement d'un

fait psychologique spécifique, mais d'un processus physiologique neuro-humoral. Le rêve est contemporain d'une phase particulière du sommeil dont l'interprétation finaliste est qu'elle favoriserait un équilibre biologique. Par contre, rien n'empêche que le rêve utilise ce substratum physiologique pour rétablir un équilibre psychologique. Cette homéostasie, qui serait rendue nécessaire par le passage à un niveau de conscience différent de celui de la veille, jouerait sur les deux plans.

H. Trosman [95], qui a tenté cette conciliation, envisage ensuite la seconde proposition de Freud : « les rêves seraient l'expression d'un désir inconscient ». Les désirs de l'Inconscient sont des satisfactions pulsionnelles. Il est difficile d'admettre que ces désirs se reproduisent régulièrement au cours de la nuit pour se satisfaire dans l'activité onirique. Par contre les modifications structurales (régression du Moi au cours du sommeil) permettent à cet Inconscient de s'exprimer s'il en a la possibilité. Or cette possibilité lui est offerte régulièrement. Rien n'empêche alors, puisqu'il existe une potentialité onirique cyclique, cet Inconscient relativement puissant à ce moment de l'utiliser pour son propre compte. Grâce à cette phase particulière du sommeil on possède ainsi une « très étrange lucarne » sur une activité psychologique qu'il serait difficile d'appréhender au cours de la veille avec les nombreuses défenses qui s'accrochent au niveau de la conscience vigile. Quoiqu'il en soit, si les découvertes récentes apportent des précisions objectives, elles n'enlèvent absolument rien à la validité des interprétations psychodynamiques des contenus latents ou manifestes dans le cadre d'une psychothérapie d'orientation analytique.

Au terme de cette étude sur les relations entre le rêve et la phase de sommeil rapide avec M.R.Y., plusieurs questions se posent. En effet, puisque nous admettons qu'il existe une concomitance entre ce phénomène psychologique et cette activité physiologique, peut-on en déduire que l'un a un rôle prédominant par rapport à l'autre ? On a vu qu'il existait au cours du sommeil paradoxal des mouvements des yeux, des modifications respiratoires, cardio-vasculaires, des mouvements des extrémités. Les tentatives pour relier toutes ces manifestations périphériques à la fonction onirique n'ont pas abouti de façon formelle. Dans ces conditions il nous paraît que la

constatation d'une activité onirique pendant ce stade particulier est assimilable à toutes les autres manifestations périphériques. Il semble qu'il n'existe pas plus de relation entre les variations du rythme cardiaque et les mouvements des extrémités qu'entre les Mouvements Rapides des Yeux et la fonction onirique. Ne fait-on pas jouer un rôle privilégié à une conséquence isolée, à un épiphénomène parmi les autres.

De la même façon, vouloir réduire le rêve à un « combat de molécules » serait enlever toute originalité, tout dynamisme au processus psychologique, mais par ailleurs il est indéniable que le rêve ne peut être isolé du contexte biologique. Tout d'abord le rêve dépend du sommeil dont le déterminisme reste avant tout bio-physiologique, sans participation primordiale de la vie psychologique, et, dans le sommeil, d'un épisode particulier dont les caractéristiques et le point de départ sont maintenant relativement bien précisés. L'altération, la privation de cette fonction onirique est susceptible d'entraîner des troubles dont l'expression la plus évidente est psychologique. Sur le plan de la vie psychique le sommeil entraîne une dissolution de la conscience, profonde, mais qui permet néanmoins une « vie intérieure ». La phase paradoxale accentue la dissolution hypnique du champ de la constance, la réalité s'éloigne, les perceptions extérieures s'estompent, un état cataplectique s'installe, tandis qu'apparaît un véritable équivalent psychotique. La personnalité de l'instant dans sa totalité vit son expérience dans l'espace et dans le temps qu'elle se crée, sur un mode régressif de satisfaction pulsionnelle.

L'étude de l'activité onirique a ainsi été très scientifiquement approchée grâce aux progrès des méthodes neurophysiologiques. De nombreuses autres directions permettent aussi des recherches. Nous voudrions simplement signaler, parmi celles-ci, les expériences de privation sensorielle qui sont d'un intérêt très actuel en raison des voyages interplanétaires projetés et qui débouchent non seulement sur la genèse de certaines psychoses, mais aussi sur les perturbations de l'activité onirique. Enfin des expériences très récentes d'isolement temporel sont susceptibles d'apporter encore d'autres hypothèses de travail.

CHAPITRE V

LES SOUVENIRS DE REVE ET LA RELATION MEDECIN-MALADE

Les étapes particulières du sommeil et leur relation avec l'activité onirique sont d'un grand intérêt, mais ces constatations restent provisoirement limitées aux investigations scientifiques. En fait, le rêve n'existe que par le souvenir qu'il en reste au réveil.

Nous avons profité de notre passage à la Clinique Neuro-Psychiatrique pour rechercher systématiquement, dans la mesure du possible, les traces de l'activité onirique chez les malades hospitalisés. Nous avons procédé de la façon suivante : lors du premier entretien, qui était toujours accompagné d'un examen physique et en particulier neurologique approfondi, nous demandions au patient s'il avait l'habitude de rêver, à quelle fréquence, et si possible de nous raconter un des rêves dont il se souvenait. Puis nous lui demandions de se souvenir des rêves qu'il pourrait faire et de nous les rapporter. Le matin nous faisons le tour des lits pour en obtenir le compte rendu. Nous nous sommes refusé, d'une façon générale, au cours de cette collecte, à toutes interprétations.

Nous avons proposé cette enquête dans une partie limitée de la Clinique : dans le service Neurologie-Femmes. C'est-à-dire que d'une part il s'est agi uniquement de femmes, d'autre part une orientation nosologique avait été préalablement effectuée, bien que finalement de nombreux problèmes névrotiques aient pu se greffer sur la symptomatologie présentée. Toutes les hospitalisations avaient été décidées et acceptées, car les malades posaient, au départ, un problème avant tout neurologique. Nous avons pu faire ainsi un certain nombre de constatations.

Collaboration immédiate

Tout d'abord, en aucun cas, les patientes à qui nous avons demandé leur concours n'ont manifesté la moindre surprise. Pour elles, le fait de demander le contenu des rêves était tout à fait assimilable au récit circonstancié qu'elles venaient de faire de leur maladie. Jamais, pendant les premiers jours, elles ne se sont inquiétées ou nous ont questionné sur ce que nous pouvions retirer d'un récit qui leur paraissait incohérent. Puisque nous nous inquiétions des manifestations ayant motivé leur hospitalisation, il leur paraissait tout à fait normal que le contenu des rêves puisse permettre d'élucider, tout au moins partiellement, « leur » maladie. La spontanéité, l'absence de réticence nous semblent relever de plusieurs facteurs, dont le plus important est l'hospitalisation en elle-même et le lieu de cette hospitalisation.

Rôle de l'hospitalisation

L'hospitalisation, parce qu'elle implique une notion de gravité et qu'ainsi elle inquiète et rassure tout à la fois. Il est probable que le médecin traitant aurait obtenu avec beaucoup plus de difficultés les récits tant personnels qu'oniriques de leur patient. Le lieu a aussi une grande influence : l'hôpital d'une ville de faculté représente, surtout pour une population rurale, un ensemble lointain, nimbé de gloire et de réussites extraordinaires dont les journaux, la radio, la télévision se sont fait l'écho. On y est soigné par des « Professeurs » et par toute une hiérarchie complexe dont on attend, si ce n'est une guérison complète, tout au moins une réassurance profonde. Bien souvent, même, pour faire accepter cette hospitalisation dans une cité lointaine, le médecin traitant favorise au maximum l'étendue de ce mythe. Ceci reste valable pour le citadin, dont le mode de défense se fera malgré tout sur un mode plus agressif masqué par une attitude blasée. D'autre part, parfois, l'hospitalisation est réclamée par un médecin hospitalier dont les moyens d'investigation sont limités, ce qui ne peut que renforcer la croyance véritablement magique en un univers tout puissant. Dès l'entrée, l'immensité de l'organisation désempare, surprend, choque, angoisse. Cet aspect a été depuis longtemps décrit et

analysé, quoi qu'il arrive il en restera des traces. Il a une grande influence sur le premier contact qu'on a avec les malades qui « s'attendent à tout ». Il est certain que les plus grandes extravagances pourraient être proposées sans que le malade y voit le moindre inconvénient. Cette confiance absolue, totale, immédiate, provoque une relation Médecin-Malade dont le dynamisme est très différent de celui rencontré en général : la régression y est beaucoup plus intense. Ceci est à notre avis un élément capital qui explique en grande partie le matériel extrêmement dense fourni lors du premier entretien et qui s'est manifesté par la suite dans les premiers souvenirs de rêves.

Opposition avec les consultations ambulatoires.

On peut opposer cette constatation avec ce qu'on rencontre habituellement dans les consultations d'Hygiène Mentale chez des malades souffrant de troubles névrotiques. Dans ce cas il est exceptionnel d'obtenir des souvenirs de rêves lors des premiers entretiens. On remarque en général un oubli massif de l'activité onirique nocturne dans son ensemble dès qu'une relation psychothératique, vécue comme telle, s'installe, ce qui peut se produire très rapidement. Il semble que dans ce cas le rêve représente « quelque chose qu'il vaut mieux ne pas raconter ». Ce n'est que plus tard, quand la psychothérapie s'est précisée et la relation thérapeutique stabilisée, que les souvenirs de rêves réapparaissent parfois à l'occasion d'un épisode intercurrent. Ainsi une poussée thermique favorise le rêve ou tout au moins sa mémorisation. Si le déséquilibre qui se produit à cette occasion sur le plan biologique intervient, probablement le côté phénoménologique de cette situation particulière joue aussi un rôle capital : la fièvre entraîne un certain cérémonial qui favorise la régression. Le fait de passer sa journée au lit, en proie à la sollicitude un peu inquiète de l'entourage, de pouvoir résoudre facilement l'aspect culpabilisant de ce repos forcé et de la dépendance qui l'accompagne, tout ceci justifie le rêve : on peut se permettre de rêver et on peut se permettre de prêter attention au contenu, de se souvenir.

Il en est de même pour les vacances qui se manifestent par des « comportements régressifs spécifiques permettant une libération instinctuelle » [J. Cournut - 21]. Le rêve devient alors très proche de la réalité extérieure et en ce sens est moins dangereux et moins angoissant. Le rêve est un loisir qu'on peut s'offrir et qu'on peut rapporter. Il n'est pas rare de constater cette attitude et cette augmentation très significative des rêves pendant les vacances ou peu après. L'hospitalisation et le phénomène vacances se rejoignent dans la régression qu'ils entraînent.

Evolution du rêve dans le temps d'hospitalisation.

Cependant assez rapidement les défenses s'organisent. Parfois, dès le troisième ou quatrième réveil il n'existe plus aucun souvenir de rêves. La thérapeutique médicamenteuse installée peut jouer un rôle, mais qui ne nous paraît pas primordial. Le malade a reconstruit un univers, des habitudes de routine sont apparues, un groupe s'est créé, un rythme s'est établi. A la passivité de l'entrée succède une prudence réactionnelle. Une malade nous a expliqué son attitude en ces termes : « je vous ai tout dit, je n'ai plus besoin de rêver, à quoi ça servirait ? » (Mlle R..., 18 ans, comitialité suspectée). Bien que dans une telle phrase le problème relationnel soit évident, il nous semble malgré tout qu'il existe un autre facteur sociologique : celui de l'intégration à la communauté. Il en découle une démystification de l'hôpital et par réaction une réserve attentive. C'est ainsi que nous avons pu remarquer que, en général, les patients se montraient extrêmement coopérants pendant les premiers jours de leur hospitalisation, mais au bout d'un laps de temps qui varie entre deux à cinq jours s'installe une phase d'opposition et d'agressivité bien souvent entretenue par la famille et par les voisins : « J'ai été dupé ». Pendant cette période les souvenirs de l'activité onirique nocturne sont très diminués et même totalement absents. Au cours de cette phase d'intégration dans la collectivité, le patient est à la fois actif et passif ; passif car il vient de recevoir les conseils de l'environnement et actif car il tient à son tour à faire profiter les « nouveaux » de sa brève expérience et il s'agit bien là d'une véritable initiation rituelle.

Au bout de quelques jours la routine s'installe, les découvertes sont moins nombreuses, l'attitude devient plus conciliante. A ce moment les souvenirs de rêve réapparaissent, mais la participation effective paraît plus superficielle, le contenu est plus banal, le récit bref. Puis progressivement va apparaître une véritable extinction. Les souvenirs de rêves qui étaient redevenus quotidiens « sautent » un jour, le patient déclarant n'avoir pas rêvé de la nuit. Si parfois cet incident peut être rapproché ou mis sur le compte d'une variation dans la thérapeutique, d'une attitude des médecins ou du personnel infirmier ou même des voisins de lit, le plus souvent on ne trouve pas d'explications extérieures satisfaisantes. Puis ce phénomène se reproduit à intervalles de plus en plus rapprochés. Finalement c'est le souvenir de rêves qui devient un incident.

On peut rapprocher ces constatations de celles observées par J. Guyotat [45] : « Chez la plupart des malades, l'activité onirique perçue devient nettement plus importante avec la maladie. Mais à l'unanimité, tous signalent qu'ils rêvent plus depuis qu'ils sont hospitalisés — en traitement — que ce soit au placebo ou au médicament actif. La fréquence des rêves a tendance à diminuer par la suite, mais elle réaugmente chaque fois que l'on change de médicament, actif ou non, et plus généralement chaque fois que le malade a l'impression qu'une orientation thérapeutique nouvelle va être prise ».

Tentative d'interprétation.

Il faut cependant remarquer que la durée moyenne de l'hospitalisation dans le service est de 20 jours environ. Les hospitalisations les plus longues, qui nous ont permis de suivre l'évolution des souvenirs de rêves telle que nous venons de la décrire, concernaient des malades dont les tentatives de placement avaient échoué (maladie de Parkinson abiotrophique, séquelles d'accidents vasculaires cérébraux en rééducation), dont les traitements s'étaient jusqu'alors soldés par un échec (névralgie faciale), ou dont la symptomatologie s'était progressivement aggravée (tumeur inopérable, paraplégie sur myélome se complétant). Si bien que plusieurs malades ont quitté le service sans que la phase d'extinction ait pu survenir en raison de la rapidité du bilan.

Cette constatation est en elle-même intéressante, car l'extinction qui survient dans les souvenirs oniriques coïncide avec l'échec thérapeutique. Les malades qui ont quitté rapidement le service ont été soit améliorés, soit équilibrés (c'est le cas des comitiaux), soit rassurés, ce qui correspond malgré tout à une réussite. Il leur était alors agréable de répondre favorablement à une enquête pratiquée par un membre de la communauté médicale qui l'avait soigné : cette attitude est une gratification aux « Bons Médecins ». Inversement le médecin avait à l'égard de ces « Bons Malades » une attitude satisfaite qui ne pouvait que favoriser une réponse positive. Par contre, les « Mauvais Malades » qui ne veulent pas guérir ne peuvent avoir que de « Mauvais Médecins ». Dans ces conditions, ne pas rêver est, en soi, une réponse à la relation agressive bilatérale. Du reste un véritable cercle vicieux s'installe, non seulement le malade ne « veut » pas guérir, mais en plus il ne veut pas rêver, si bien qu'il sera peu à peu rejeté. Nous avons pu nous rendre compte des difficultés que nous avons à demander les rêves de certains malades qui représentaient « l'échec » et de là, une dévalorisation. Cette attitude est parfaitement ressentie par le malade et ainsi s'appauvrit progressivement le souvenir quantitatif de l'activité onirique.

C'est toujours J. Guyotat [45] qui remarque : « Les rêves à thèmes agressifs contre le Service sont plus marqués en fin d'hospitalisation et chez les malades en traitement actif. Les malades donnent plus volontiers des rêves — quel qu'en soit le contenu — au médecin, s'ils traversent une phase moins conflictuelle avec le médecin ; en phase agressive ils donnent moins de rêves. Ceci amène quelquefois le médecin à être gratifiant, moyennant quoi les rêves reviennent. Mais cet élément n'a aucune corrélation avec l'agressivité manifestée en rêve contre le Service ».

Rêves et thérapeutiques

Nous avons signalé l'importance minime, à notre avis, de la thérapeutique pharmacologique sur les souvenirs de rêves. Nous savons que les expériences sur la périodicité des phases paradoxales du sommeil ont montré que toute chimiothérapie

entraînait des modifications de la durée totale de ces périodes de rêves. Il ne semble pas que, en général, ces altérations puissent entraîner de graves déficits dans la mémorisation. En effet, la plupart des patients ont répondu favorablement et immédiatement à l'enquête que nous leur propositions et la thérapeutique qui leur était fournie dépassait de beaucoup celle qu'ils avaient l'habitude d'utiliser à domicile. Cependant il faut reconnaître que nous n'avons obtenu aucun souvenir de rêves chez plusieurs malades qui venaient de subir une anesthésie générale ou une narco-analyse (Mme P...). Ce mode d'administration entraîne donc une modification certaine, soit de la production onirique en elle-même, soit des facteurs qui favorisent sa mémorisation, plus probablement l'action est mixte, le sommeil pharmacologique restant qualitativement fort différent du sommeil physiologique. Quoiqu'il en soit, l'administration par voie buccale de médicaments comparables, dont les doses actives sont évidemment plus faibles, ne semble pas avoir une importance primordiale sur les souvenirs de rêves.

Il est toutefois probable que l'influence de la plupart des thérapeutiques usuelles s'exerce plus sur la tonalité et la résonance intime de l'activité onirique que sur des variations du contenu manifeste ou même de la mémorisation. A l'extrême, un traitement antidépresseur actif devrait permettre de suivre le passage progressif d'un type de rêves à tonalité désagréable, tels qu'on les rencontre chez les mélancoliques [8], à celle très différente retrouvée chez les maniaques [9]. Du reste, J. Guyotat a mis en évidence cet aspect : « La tonalité affective du rêve est plus agréable sous médicament actif que sous placebo ».

Subjectivement les malades que nous avons interrogés nous ont déclaré qu'ils ne rêvaient pas moins que chez eux, bien au contraire. On ne peut tenir aucun compte de cette impression subjective pour juger de l'influence de la thérapeutique employée tant sur la quantité que sur le thème des rêves. Pour étudier avec rigueur cet aspect, il aurait fallu utiliser des « placebos » et des méthodes « double blind ». Toutefois, dans le contexte du service, les malades auxquels ce mode d'investigation aurait pu être proposé sont rares. Il en est ainsi des comitiaux dont le séjour est prévu pour rechercher soit une étiologie ou pour rééquilibrer le traitement ; on ne peut non plus, chez des

malades présentant des tumeurs cérébrales métastatiques ou primitives, envisager de remplacer une thérapeutique dont les effets sont bien codifiés. Chez les sujets souffrant d'affections démyélinisantes en poussée aiguë, de névralgies intenses, d'atteintes périphériques ou centrales dont les étiologies sont variées, il est difficile de se passer des ressources d'une thérapeutique moderne qui a été reconnue valable objectivement. Il est certain que, dans ces conditions, nous nous sentions peu enclins à prescrire une expérimentation avec placébos pour étudier, non pas une thérapeutique spécifique, ce qui dans ce cas nous aurait semblé justifié, car débouchant sur des conclusions susceptibles d'être utilisées avec profit dans la maladie envisagée, mais une activité psychophysiologique sans relation immédiate avec le motif de l'hospitalisation. Il est évident, malgré tout, que pour certaines malades nous aurions pu employer ce procédé, mais là encore nous nous heurtons à un autre écueil : la brièveté du séjour ne permet pas d'obtenir un recul suffisant, car de tels malades sont rapidement étiquetés et il n'y a alors aucune raison de prolonger un séjour que rien ne justifie. Enfin nous avons pu constater la vanité d'expérience utilisant des placébos, dans la structure hospitalière actuelle, chez certains patients qui ou ne prennent pas la thérapeutique instituée, ou utilisent le médicament du voisin, ou encore réclament des somnifères pour ne pas être gênés par l'entourage. D'autre part, pendant la nuit, la distribution, parfois allègre, de sirop de chloral entraîne une non-validation de l'expérience en cours. S'il existe très probablement une attitude de défense personnelle, il reste certain qu'une situation de réalité empêche la validation réelle de telles méthodes dans ce contexte précis. Le problème relationnel garde malgré tout toute son importance.

IMPORTANCE DE L'ASPECT RELATIONNEL.

Nous voudrions illustrer l'importance de l'aspect relationnel dans les souvenirs de rêves en l'opposant à un cas précis. Dans cet exemple, pour tenter de limiter au maximum les interférences avec notre situation personnelle dans le cadre hospitalier, nous avons demandé à une malade hospitalisée dans un étage de la Clinique où nous n'avions aucun rôle, ni dans la conduite

diagnostique, ni dans les décisions thérapeutiques, de nous rapporter ses rêves de la nuit. Pour cela nous avons vu la patiente, en tête-à-tête, plusieurs jours de suite ; nous l'avons avertie de ce que nous lui demandions, à savoir : qu'elle tente de se rappeler les rêves qu'elle avait pu faire dans la nuit pour nous les raconter ; nous l'avons prévenue que nous nous bornerions à transcrire le contenu sans jamais chercher à lui en fournir une quelconque signification et que ceci n'aurait aucune influence ni sur les examens, ni sur les traitements, ni sur la date de sa sortie éventuelle. Nous avons choisi cette patiente en raison de son niveau intellectuel (études supérieures) et de son hospitalisation relativement ancienne (3 semaines), qui nous permettait de supposer une adaptation convenable au milieu hospitalier au bout de ce laps de temps.

Il s'agit de Mme Ar..., 35 ans, secrétaire de direction, mariée sans enfant, hospitalisée le 30.9.1964 à la suite de l'installation progressive d'un amaigrissement, d'une asthénie sur lesquels se greffaient parfois des épisodes dépressifs brefs et intenses s'accompagnant alors d'insomnies et d'énurésie.

Premier entretien, 23.10.1964. « Quand j'étais petite, j'ai perdu papa (en 1936) j'ai rêvé longtemps que je le voyais auprès de moi. Maintenant ça m'arrive encore.

A la maison, je rêve des événements de la journée. Je me vois toujours dans les flammes ou bien noyée. Ça concerne toujours le physique. Souvent je ne me rappelle plus mais je me réveille très souvent en pleurant. Le plus souvent mes rêves correspondent à un monologue. Quand une personne me fait du mal dans la journée j'y pense la nuit. Je me sauve d'un incendie, ou quelqu'un me poursuit ou veut me faire du mal soit physiquement soit par médisance. Comme la mère de mon mari qui voudrait séparer notre ménage, par jalousie maternelle, car en fait mon mari n'est pas tellement attaché à sa mère.

Quand je travaillais j'avais toujours la crainte que l'on trouve mon travail mal fait ».

Nuit du 23 au 24-10. (La patiente consulte des notes où les divers éléments sont précisés): « J'ai passé la nuit dans la montagne et je suis tombée dans un précipice ! Les visages me paraissaient inconnus et pourtant je suis sûre qu'il s'agissait de personnages que je connaissais comme mon mari ou des camarades avec lesquels je faisais de la montagne quand j'étais plus jeune. Nous avons marché pendant un certain temps puis on s'est arrêté. Après la halte, où on mangeait, on est reparti et je suis tombée puis ça s'est fini ».

Nuit du 24-10 (Rêve noté) : « J'étais dans les bois avec des enfants (je rêve souvent aux enfants) on s'est perdu, il y avait des serpents. Quand je rêve aux enfants il leur arrive quelque chose, soit à eux, soit à moi. La vue du serpent a tout disloqué ».

Nuit du 25-10. « Je n'ai pas rêvé, je n'ai pas dormi, j'ai passé ma nuit à lire un livre ; je pensais peut-être à mon départ ».

Nuit du 26-10 : « C'est tout baroque... Comment rêver des choses pareilles ? Je me suis vue partir dans un petit tacot de village pour aller à une fête foraine et, au milieu des manèges, il y avait une table d'opération et le Docteur C... (médecin-traitant) devait m'opérer des oreilles et ça s'est fini ». (La patiente présente une hypoacousie par otospongiose). « Ça avait vraiment l'aspect d'une fête foraine où je me promenais. On m'avait parlé de mes oreilles le matin mais à part le Docteur C. il n'y avait aucun personnage connu, je n'avais jamais vu en blouse blanche ce docteur mais c'était sa tête ».

Nuit du 27-10 : « J'avais un trésor dans une serviette. Je reve-
nais de la Fac quand j'étais jeune et au milieu de la rue Moncey je me suis sentie soulevée et on m'a volé ma serviette. J'étais au milieu d'un groupe où je ne connaissais personne. Dans cette serviette il y avait une somme d'argent formidable. je ne sais d'où elle pouvait venir. La voisine m'a dit que j'avais poussé un grand cri ».

Nous devons signaler que la rue Moncey a la réputation d'être le lieu de rendez-vous d'une population interlope où dominent les étrangers.

Nuit du 28.10 : « J'étais rentrée à la maison puis brutalement mon mari est parti et je me suis retrouvée avec maman. On a eu une grande altercation et je me suis réveillée au moment où on allait se battre. Pourtant nous nous entendons bien avec maman. C'est toujours les personnes avec lesquelles je suis le plus attachée qui me font du mal, comment ça se fait ? ».

Nuit du 29.10 : « J'étais dans un cercueil ça se passait à l'hôpital et on me faisait un tas de traitements, je me suis réveillée au moment où on me fermait le couvercle du cercueil sur la tête. Je me suis demandé si ce n'était pas en relation avec la pesée du matin ; je pesais 37 kg, ce qui ne m'est pas arrivé depuis l'âge de 14 ans ».

La patiente nous avertit alors qu'elle doit partir en permission pour 48 heures, en fait cette permission s'est révélée être une sortie définitive, décidée par le chef de service. Il est probable que la malade connaissait cette décision, mais il est possible qu'elle ait pensé que sa réalisation ne serait pas immédiate.

Ce que nous avons obtenu correspond à des souvenirs de rêves que nous qualifierons de « bruts ». Car on remarque immédiatement que nous n'avons pas obtenu de diminution quantitative précoce du contenu, bien que l'absence de rêve du 25-10 puisse être l'équivalent de la phase de réserve prudente, précoce, que nous avons signalée antérieurement. D'autre part la période d'extinction ne s'est pas manifestée. Enfin le matériel est extrêmement riche. Le diagnostic porté fut celui de névrose hystérique, les rêves qui nous ont été fournis précisent certains aspects de la personnalité. Ces souvenirs de rêves ont été obtenus alors que la chimiothérapie était la suivante : jusqu'au 25-10 inclus : Binoctal 1 comprimé plus 1 Supponéryl ; à partir du 26-10 : Théralène (X gouttes) - Optanox 1 cp. Tandis qu'il n'existait aucune psychothérapie précise ou codifiée. Enfin ces rêves sont « bruts », car ils sont isolés de la dynamique du service. Le personnel médical et infirmier ne se sentait pas concerné et acceptait facilement cette curiosité qui ne pouvait l'atteindre. Nous pensons donc que toutes les modifications relevées dans les autres récits de rêves obtenus lors d'une étude systématique dans un contexte précisé et limité peuvent être interprétés dans le cadre dynamique des réactions de groupe qui se sont installées. Cette hypothèse ouvre des perspectives psychothérapiques. Par le souvenir des rêves il serait ainsi possible de mieux saisir la dynamique qui s'inscrit dans le cadre de l'hospitalisation et dans la structuration d'un groupe. Ils permettent en outre d'approcher sous un angle un peu particulier certains aspects de la personnalité qui auraient pu échapper lors de l'investigation clinique ou psychologique habituelle. Tout au moins les souvenirs de rêves devraient être en partie intégrés à toute étude avisée psychologique du patient. Sans envisager un oniro-diagnostic tout puissant, une part importante de la personnalité passe inaperçue ou n'apparaît que tardivement, alors qu'une enquête discrète sur les rêves et les fantasmes permet souvent d'utiles informations. En attirant l'attention du patient sur les rêves qu'il a l'occasion de faire au cours de son séjour hospitalier, on obtient des précisions importantes. Certes, le matériel onirique est déjà utilisé, mais, semble-t-il, plus dans des thérapies à orientation psychanalytique que dans un but informatif sur la nature de la personnalité, sa force, ses possibilités de contact et son dynamisme.

Certes, il n'est pas possible de nier l'action des médicaments sur l'activité onirique. Les contrôles neurophysiologiques en sont les preuves péremptoires et nous avons pu personnellement nous rendre compte que l'absorption de 10 mg de Théralène nous plongeait dans un sommeil « profond » après lequel nous n'avions aucun souvenir de rêves malgré tous nos efforts. Nous voudrions simplement affirmer que l'aspect relationnel joue un rôle aussi important que les médicaments.

Contagion des souvenirs de rêves

Parmi les malades.

Si, d'une façon générale, le rêve est « endémique », par contre son souvenir peut être « épidémique ». Nous voudrions illustrer cette assertion par un exemple précis.

Mme Ros..., 43 ans, d'origine italienne, mariée, mère de quatre enfants, présente depuis l'âge de 35 ans une névralgie faciale gauche intense évoluant sur fond algique permanent qui avait entraîné déjà une intervention chirurgicale à l'étranger. Devant la reproduction fréquente des phénomènes douloureux paroxystiques, son médecin traitant désarmé et impuissant l'adresse à la clinique.

Nous n'examinons pas personnellement cette malade et, par conséquent, nous ne lui demandons pas de nous rapporter ses souvenirs de rêves. Toutefois elle occupe un lit dans une chambre de quatre où trois patientes racontent quotidiennement leurs rêves de la nuit. Pendant deux jours elle s'isole ne s'exprimant que pour ressasser ses douleurs, l'absence de résultat du traitement entrepris, regretter le bruit que font ses voisines, qui sont effectivement assez volubiles.

Pendant le passage des médecins elle ne cesse de geindre, de se plaindre sur un ton désabusé, de reprendre depuis le début l'histoire de sa maladie, de ses traitements et de leurs échecs. Le personnel, tant médical qu'infirmier, supporte très mal ces récriminations incessantes si bien que Mme Ros... est rapidement cataloguée comme une « Mauvaise Malade » et ainsi mise à l'écart.

Au bout de deux jours les contacts que nous avons avec cette malade sont superficiels et brefs sans aucune chaleur. Cependant, le quatrième matin (11.12.64), alors que nous faisons notre collecte de rêves, Mme Ros. nous appelle et nous dit : « Mais moi aussi j'ai rêvé : j'ai rêvé que ma belle-sœur était venue me voir et m'avait

fait un plat de spaghetti et qu'il n'y en avait jamais assez, j'en avais honte devant ma belle-sœur ». Puis immédiatement après cette malade enchaîne sur sa « maladie », son siège, sa topographie, l'intensité de la douleur qu'elle ressent.

Le lendemain (12.12) cet épisode se renouvelle : « J'ai rêvé qu'il tombait de la neige et mes voisines m'ont demandé de venir faire du ski mais je leur disais que je ne pouvais pas à cause de mon mal de tête ; elles me répondaient que des personnes plus âgées en faisaient bien ». Puis un second rêve suit : « J'ai aussi rêvé que ma mère était morte et que je devais préparer les affaires de mes enfants et je trouvais leurs vêtements pleins de « matières ». Et j'en avais honte. Puis ma cousine d'Argentine est venue me voir car elle avait appris que j'étais malade et elle apportait de la nourriture car je dépensais trop pour les remèdes ».

Dans ces différents rêves on peut se demander quelle est la part de la Vérité et quelle est la part de la Fable (Cf. J.-P. Sartre dans les « Mots »). Mais ce problème reste secondaire quel que soit le mode de production, ces récits sont donnés pour des rêves et ils doivent être alors acceptés comme tels. Nous pensons que la survenue de ce matériel onirique est une tentative de rapprochement vers le médecin. Ayant constaté que les voisines grâce à leurs rêves pouvaient avoir un échange, elle utilise ce procédé pour pouvoir obtenir quelque chose, ne serait-ce qu'un exutoire verbal à son trop-plein algique. Il reste évidemment deux procédés pour aboutir à ce résultat, soit créer un récit qui sera baptisé « rêve », soit rêver et s'en souvenir. Nous sommes incapables de préciser lequel fut utilisé. Dans les deux cas il s'agit de la réalisation d'un désir : celui d'un besoin de communication.

Un épisode comparable s'est reproduit dans une chambre voisine où une patiente ne parvenait pas à se souvenir du contenu de ses rêves.

Il s'agissait d'une femme de 55 ans, hyperactive, dominatrice, qui avait épousé à 30 ans un officier un peu plus âgé qu'elle, traitée pour une tuberculose pulmonaire et réformé définitif peu après le mariage. Elle était adressée pour une comitialité d'apparition récente à expression uniquement morphéique. On sait que très fréquemment les malades présentant une comitialité de ce type ont un sommeil lourd et profond. L'apparition de cette comitialité coïncidait avec l'éloignement définitif du fils aîné en raison de son mariage et du service militaire.

L'EEG a montré un abaissement du seuil convulsivant et tous les autres examens pratiqués se sont révélés négatifs si ce n'est la PEG qui mettait en évidence une légère atrophie sous-corticale à prédominance temporelle.

Cette malade se sentait d'autre part très diminuée et très dévalorisée par l'installation de cette symptomatologie qu'elle ressentait comme une « maladie honteuse ». Enfin, peu avant son départ, elle nous raconte un « cauchemar » très bref qui l'avait réveillée pendant la nuit : son mari au volant de sa voiture avait dérapé sur une couche de verglas et elle s'était réveillée très angoissée sans connaître les conséquences de cet accident. Elle ajoutait qu'elle avait lutté le plus possible contre le sommeil après ce rêve pour pouvoir s'en souvenir et nous le rapporter.

Il faut signaler que quelques jours plus tôt nous avions répondu longuement et patiemment à toutes les questions qu'elle nous posait alors que d'habitude, sans les éluder, nous étions plus brefs. Nous avons ressenti le récit de ce rêve comme une forme de remerciement. Pour en terminer avec cet épisode nous devons signaler que le jour de son départ, cette malade a avoué à l'interne de service, de sexe féminin, une frigidity totale et lui a demandé s'il en existait un traitement.

Parmi le personnel médical et infirmier.

Mais cette contagion des souvenirs de rêves ne se limite pas aux malades hospitalisés. Ainsi le personnel médical et infirmier a été lui aussi atteint. Nos collègues et les infirmières nous ont fourni presque quotidiennement, spontanément, des souvenirs de rêves. Dans les récits qui nous étaient ainsi proposés, l'attitude du rêveur était à la fois ironique et curieuse, spontanée et réservée, souriante, ne paraissant pas se soucier du contenu, mais en réclamant l'interprétation.

Le rêve demande une interprétation

Attitude générale.

C'est du reste une attitude très générale que nous avons pu constater : le récit d'un rêve n'est fait qu'en fonction de l'interprétation qu'on est susceptible d'en donner et de sa signification dans le contexte actuel. Cette attitude est moins évidente au premier abord dans les récits de rêves que nous avons obtenus de la part des malades hospitalisés. Elle apparaît néanmoins, parfois discrètement, dès que la relation qui s'est installée n'évolue plus sur un mode infantile, c'est-à-dire dès que la

régression secondaire à l'hospitalisation s'est quelque peu résorbée. Il n'en reste pas moins que, dans de nombreux cas, l'absence absolue de curiosité est frappante chez nos malades, nous estimons que ceci est dû à la distance qui sépare le patient de la personne qui conduit l'enquête. Devant l'apport massif de ce matériel, nous avons en règle générale évité toute interprétation, non pas par un refus brutal, mais en tentant d'en expliquer les raisons. C'est-à-dire qu'à toute demande d'interprétation nous répondons qu'il était impossible d'utiliser le contenu d'un rêve pour en retirer un sens caché, qu'il n'y avait pas de « clef des songes » universelle et que si le rêve avait une signification, elle ne pouvait être retrouvée dans le contexte de la personnalité dans son ensemble. En adoptant cette attitude nous avons voulu éviter de nous voir investi d'un pouvoir « magique », mais il est certain que ce qui aurait voulu être une tentative de démystification n'a fait que compliquer un aspect déjà complexe. En particulier le personnel médical ne s'estimait pas convaincu et nous demandait la signification généralement admise du symbole utilisé. On peut supposer du reste que cette attitude frustrante a, elle aussi, son rôle dans l'installation de la phase d'extinction des souvenirs de rêves.

Interprétations préconscientes.

Cependant il nous est parfois arrivé d'employer le matériel qui nous était ainsi fourni pour en tirer une interprétation, quand nous estimions que la signification était proche de la conscience. Nous voudrions illustrer cette position par une observation qui est intéressante à deux points de vue : d'une part pour comprendre les raisons qui ont entraîné l'hospitalisation, d'autre part pour le contenu des rêves en soi.

Mlle GAG..., est une jeune fille de 24 ans, aînée de cinq enfants, qui a présenté à l'âge de 15 ans, alors qu'elle était en classe de seconde, un épisode d'anorexie et d'amaigrissement avec aménorrhée.

On considère qu'il s'agit d'une anorexie mentale et on la traite comme telle. Mais les parents n'admettent pas l'hospitalisation en milieu psychiatrique et font transférer leur fille dans une clinique privée. Là, nouvel échec, l'isolement n'est pas supporté, ni par la patiente ni par la famille.

Elle réintègre donc la maison parentale où pendant plusieurs mois elle occupe ses journées à se promener, à lire, à écrire, à aider un peu sa mère dans ses occupations ménagères. Une légère prise de poids se manifeste qui permet une tentative de réinsertion sociale.

La patiente qui a renoncé à poursuivre ses études devient surveillante d'une école privée chargée en plus de quelques cours dans les petites classes. Cette école se trouve à une soixantaine de kilomètres du domicile familial et la séparation est si difficile qu'une petite voiture est achetée, malgré les charges et la situation modeste des parents, qui permet un retour d'abord hebdomadaire puis rapidement quotidien. Malgré, ou peut-être en raison, de toutes ces précautions un nouvel amaigrissement se produit et une nouvelle hospitalisation en milieu psychiatrique est décidée. On aurait alors pratiqué, pendant trois mois, une cure d'Insuline dont nous ne connaissons pas les modalités.

L'anorexie et l'amaigrissement s'améliorent et la patiente peut reprendre son travail temporairement. Car au bout de huit mois, nouvelle hospitalisation où le traitement par isolement est interrompu rapidement en raison de la découverte biologique d'un syndrome d'hyperthyroïdie modéré si bien que la patiente revient dans sa famille avec une thérapeutique orientée dans ce sens.

C'est à ce moment que s'installe au village un jeune médecin qui aura la charge de surveiller le traitement. Ceci dure plusieurs mois et les visites de la patiente au médecin deviennent progressivement plus fréquentes et prennent un tour très différent de la surveillance uniquement bio-clinique primitivement prévue.

Brutalement au bout de six mois le médecin s'inquiète et demande l'hospitalisation urgente de sa patiente qui est toujours anorexique et aménorrhéique depuis l'âge de 15 ans. Il précise, néanmoins, dans sa demande d'admission que l'hospitalisation doit avoir lieu dans un service à orientation neurologique de la Clinique Neuro-Psychiatrique et, dans la lettre qui l'accompagne, longue et détaillée, il rend compte du traitement suivi jusqu'alors et soulève l'hypothèse d'une tumeur hypophysaire. Toutes les investigations cliniques et para-cliniques effectuées dans ce sens se soldent par un échec ne montrant qu'une élévation très modéré du métabolisme de base.

Il est intéressant de remarquer le parti pris de somatisation du médecin-généraliste, peu familiarisé avec les problèmes psychologiques. (Ceci n'implique absolument pas un jugement de valeur mais est à mettre en relation avec la place pratiquement nulle qui était faite jusqu'à la récente réforme à la formation psychologique du médecin) qui prend brutalement conscience de la situation où il s'estime fourvoyé. Le lien qui s'est tissé progressivement entre lui et sa patiente, il n'est pas préparé à l'assumer et il craint de se laisser entraîner « trop loin ». Il prend alors immédiatement la position inverse désirant revenir à la situation antérieure, très organicisée,

celle du médecin qui surveille un traitement médicamenteux par des gestes rituels. On peut penser qu'il demande au chirurgien, en enlevant la tumeur hypophysaire de couper cette « attache » qui l'angoisse.

Cette digression sort évidemment du cadre des rêves mais n'en n'est pas tellement éloignée comme en témoigne le seul et unique récit de rêve que nous a fourni la patiente le lendemain de son entrée dans le service. Elle nous avait la veille au cours d'un premier entretien raconté l'histoire chronologique de son affection.

Nuit du 11.1.65 : « J'étais rentrée à la maison et je me promenais pas un beau soleil ; je devais prendre la voiture mais les clefs avaient été subtilisées par une de mes sœurs et j'ai du aller à pied sous les regards curieux et les quolibets de gens inconnus mais qui me connaissaient. J'ai traversé un bois et on me suivait, je ne sais pourquoi. J'en suis sortie avec quelqu'un auprès duquel je me sentais bien. Et au moment où ça commençait à aller ça s'est terminé.

Qu'est-ce que ça veut dire à votre avis ?

— Qu'en pensez-vous ?

— Le « quelqu'un du bois » c'était mon médecin ».

Nous avons profité de ce rêve pour montrer à la malade deux points qui nous paraissaient essentiels en fonction de l'interrogatoire de la veille.

D'abord nous lui avons interprété la première partie en lui montrant qu'elle cherchait à justifier son agressivité envers ses frères et sœurs en leur faisant porter la responsabilité de son irritation. Nous avons en effet la notion intuitive d'une jalousie forcenée entre elle et ses frères et sœurs qui avaient tous réussi socialement, professionnellement ou scolairement.

Ensuite, dans la seconde partie, nous avons souligné le rôle important qu'elle faisait jouer à son médecin traitant dans la poursuite du traitement en essayant de la déculpabiliser quant à la relation qui s'était installée.

Nous avons le sentiment, en proposant ces deux interprétations, toutes superficielles qu'elles soient, qu'elles permettraient à la patiente de mieux appréhender la situation et d'engager ultérieurement une véritable psychothérapie. Elles furent du reste spontanément acceptées. Nous ne pensons pas qu'elles aient été trop dangereuses en favorisant une relation transfé-

rentielle que nous ne pouvions assumer, bien que par la suite cette patiente n'ait plus rêvé. Quelques jours plus tard (16-1-65) la malade avait regagné son village, sa maison, ses parents et son médecin. Depuis, nous ignorons ce qu'il en est advenu.

Cette illustration met aussi parfaitement en évidence les éléments diagnostiques que peuvent apporter les souvenirs de rêves même dans une investigation sans prise en charge thérapeutique ultérieure. Grâce à la verbalisation de l'activité onirique, on a pu entrevoir une « ouverture » pour une psychothérapie secondaire. En effet, si, au cours de l'entretien et de l'examen physique qui l'a suivi, on pouvait éliminer formellement une affection neurologique évolutive, si le comportement, les réactions à l'hospitalisation, les attitudes, les conversations permettaient de suspecter une arriération affective importante, si nous pouvions soulever l'hypothèse d'un conflit familial profondément vécu et rationalisé secondairement par la patiente, par contre les échecs des différents traitements entrepris jusqu'alors posaient un difficile problème thérapeutique. Le rêve a permis de connaître le lien, ignoré, qui s'était établi entre la malade et son médecin et ainsi, d'une part de saisir les motivations véritables de l'hospitalisation, d'autre part de proposer la poursuite d'un traitement psychothérapique par le médecin traitant qui était le mieux placé, soit pour préparer et faire accepter un nouvel isolement, soit pour aider la réinsertion sociale. Sans le rêve on aurait peut-être abouti aux mêmes conclusions, mais certainement plus tardivement et avec le risque tout aussi certain de s'immiscer dans cette relation.

Intensité de la relation interpersonnelle

Sur un mode plus général il est une constatation que nous avons faite à plusieurs reprises, c'est la rapidité avec laquelle s'installe une relation interpersonnelle profonde et intense lorsqu'on demande et obtient des patients qu'ils veuillent bien rapporter leurs rêves. Cette remarque avait déjà été faite par Whitmann et coll. [100]. Cette relation est la conséquence du comportement régressif qu'entraîne toute hospitalisation. De cette rela-

tion de type Mère-Enfant qui s'est établie, le malade tire de nombreuses satisfactions. Dans ces conditions, rapporter ses souvenirs de rêves correspond à une véritable gratification narcissique avec toute l'ambivalence qui s'y associe. Cet apport massif est du reste difficilement utilisable en raison de la brièveté du séjour, si bien que nous avons été parfois amené à interrompre notre enquête. En général, cette réaction de fuite, précoce, a paru être bien supportée et d'autant mieux qu'une affection organique précise permettait de retomber dans un domaine substitutif beaucoup plus « réel », moins angoissant pour le malade et plus rassurant pour l'enquêteur. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un véritable abandon, parfois vécu comme tel. Il semble incontestable que raconter ses rêves provoque une modification sensible de la relation Médecin-Malade qui est alors plus profonde, se situant sur un plan différent. Il ne s'agit pas d'une exploration anodine, mais d'une investigation qui réclame une grande prudence quand elle est poursuivie systématiquement. Elle ouvre certainement des horizons, mais implique aussi un contrôle attentif de la situation relationnelle privilégiée qui s'établit, et des précautions méthodologiques soigneuses.

Rôle cathartique des souvenirs de rêves

Cette relation massive, brutale, fantasmatisée, qui s'installe, dont le dynamisme est difficile, voire même impossible à saisir, joue sans doute un rôle capital dans la catharsis que représente l'expression d'un conflit inconscient. Car nous avons pu remarquer à plusieurs reprises, dans le service, le soulagement que ressentaient les malades après avoir pu raconter un rêve dont le contenu était vécu comme dangereux.

Ainsi une malade de 43 ans, Mme Ver... est adressée pour névralgie sciatique et lombalgies persistantes.

L'examen neurologique objective une hyporéflexie achilléenne unilatérale accompagnée d'une amyotrophie minime mais certaine et d'une hypoesthésie de type radiculaire.

Cette malade fournit, trois jours après son arrivée, d'un air effaré, avec les manifestations extérieures de l'angoisse la plus vive et dans un récit entrecoupé de sanglots le rêve suivant :

« Il y a quelques jours, peu avant de rentrer à l'hôpital, j'avais remarqué une petite fille de cinq ans, qui revenait de l'école accom-

pagnée de sa maman. Je ne l'avais jamais vue mais je l'ai remarquée et je me suis dit : Oh ! qu'elle est jolie. Cette nuit je l'ai revue et j'ai rêvé que mon fils la violait. Je me suis réveillée en sursaut et je n'ai pu me rendormir tellement je pleurais. Je l'avais déjà vue en rêve il y a quelques nuits mais je n'avais jamais rêvé une chose pareille. Et puis mon fils ne ferait jamais une chose pareille ».

Les sanglots avaient redoublé de violence et durèrent plusieurs minutes. Pendant ce temps, un peu surpris et désarmé par la violence de ce paroxysme imprévu nous étions resté muet et ce n'est que quand un peu de calme survint que nous nous sommes risqué à dire : « On rêve tous à de drôles de choses mais vous pouvez les raconter ». Le lendemain cette patiente, plus détendue, n'avait pas de souvenirs de rêves mais ajoutait en souriant : « Ça m'a soulagée de vous avoir raconté le rêve d'hier, s'il revient je n'en aurai plus peur ».

On peut rapprocher, à cette occasion, ce rêve des constatations identiques (scènes de viols chez les rachialgiques) signalées par M. Fain et Ch. David [in 106, p. 302].

Nous avons pu constater de façon beaucoup plus explicite le rôle cathartique que peut jouer le récit d'un rêve dans les consultations externes d'Hygiène mentale. Il s'agit évidemment d'un domaine très différent de celui rencontré chez des malades hospitalisés dans un service à visée neurologique.

Nous avons eu ainsi l'occasion « d'écouter » un malade d'une quarantaine d'années qui avait été étiqueté par un prédécesseur : « Personnalité psychopathique ».

Au cours du premier entretien, provoqué par les suites judiciaires d'un conflit conjugal et la procédure en divorce qui en découlait, cet homme, qui avait été suivi par des nombreux médecins, nous raconte incidemment un rêve mettant en scène une femme agressive qui dans le contexte nous a paru être l'épouse, impression que nous avons imprudemment explicitée.

Par la suite ce patient est revenu en consultation à plusieurs reprises en nous rapportant des rêves et nous demandant leur signification. Notre refus d'interprétation brutale, qui ne pouvait se concevoir que dans une psychothérapie où la réalité actuelle et ancienne devait avoir sa part, ne provoque qu'un ralentissement du rythme des consultations qui deviennent épisodiques, avec des interruptions de durée variable, mais qui conservent toujours la même forme.

Parfois, en deux ou trois occasions les récits de rêves parviennent même par la poste. Au cours de ces séances nous nous bornions à « entendre » parfois à « écouter » des récits sans interpréter

leur contenu. Nous avons cependant tenté, à deux reprises, de montrer que cette attitude avait une signification agressive et qu'il était plus facile de rester sur un plan fantasmatique que de parler de soi.

Mais cette interprétation, dont le côté projectif contre-transférentiel ne nous a pas échappé, est restée sans effet évident. Néanmoins il semble que le fait de pouvoir raconter des récits chargés d'affects violents ait entraîné chez ce malade, dont les traits névrotiques étaient indéniables, une sédation passagère de l'angoisse. Il est aussi très possible qu'il se soit agité d'une profonde satisfaction libidinale.

D'une façon plus générale, « il se passe quelque chose » dans ce dialogue de sourds où les mots ne sont pas compris dans leur signification individuelle, mais dans la charge affective qu'ils véhiculent. Cette dialectique du Signifiant et du Signifié, dont J. Lacan reste le champion indiscuté, trouve dans ce domaine une de ses plus séduisantes illustrations. Et bien qu'il s'agisse « simplement d'un rêve », son récit, souvent capital pour la connaissance de la personnalité, est parfois salutaire, bien que pouvant présenter un risque quand on ne saisit pas le dynamisme de la relation qui s'est installée.

Le contenu manifeste

Quant à l'étude du contenu manifeste des rêves qui nous ont été fournis, il n'est pas possible d'en tirer une relation avec la maladie responsable de l'hospitalisation. Tout d'abord la diversité nosologique ne permet pas d'obtenir un nombre suffisant de malades et de rêves associés dans une même catégorie, et ainsi d'en tirer des conclusions utilisables. D'autre part, nous n'avons pu suivre nos patients que pendant une période relativement courte et dans un contexte inhabituel, instable, qui ne pouvaient qu'entraîner des parasites multiples ; ainsi les examens spécialisés radiologiques, artériographiques, ophtalmologiques, O.R.L., qui se succédaient à un rythme rapide, la thérapeutique médicamenteuse dont nous n'avons pu juger l'effet par l'absence de groupes-témoins et d'une expérience avec placébos ne nous permettent pas d'envisager sérieusement une relation entre rêves et maladies. Cependant

cet aspect de l'activité onirique, c'est-à-dire la relation susceptible d'exister entre un syndrome pathologique électif et le contenu manifeste d'un rêve ou sa tonalité, peut amener une contribution substantielle à l'étude des rêves et de la genèse de leur imagerie. Certes, jusqu'à présent les prospections qui ont été faites dans ce sens ne sont guère encourageantes, ni les résultats péremptoirs et on est bien obligé de remarquer avec Phillips [81] qu'« il existe une ignorance de base concernant le contenu manifeste. Nous ne savons pas, par exemple, quels sont les aspects du rêve manifeste qui sont les plus stables ou les plus labiles. Nous ne savons pas non plus quelles circonstances internes ou externes peuvent entraîner des altérations... Jusqu'à maintenant on avait tendance à s'intéresser au contenu latent du rêve pour rejeter sa partie manifeste comme une production superflue ou comme un aspect sans intérêt ». Il ne s'agit certes pas d'utiliser le rêve comme une méthode diagnostique pour les différentes affections neurologiques, mais au contraire de se servir des données de la pathologie pour rechercher les altérations d'une fonction dont on connaît le support électrophysiologique, le psychodynamisme, mais dont on ignore tout des modalités d'expression.

Néanmoins l'étude des rêves a pu être tentée dans certaines catégories nosologiques précises chez les hypertendus [92], les paraplégiques [91 - 70], les personnes âgées ou les vieillards [3 - 1], et dans le domaine psychiatrique chez les déprimés [8], les maniaques [9], les schizophrènes [19], où le rêve reste un « fait primordial ».

Dans les quelques récits de rêves que nous avons obtenus spontanément, nous ne relèveront que les thèmes qui ont déjà été signalés par d'autres auteurs. Ainsi nous avons remarqué par exemple la scène de viol (décrite plus haut) racontée par une rachialgique. Chez les personnes âgées nous avons été surpris par la pauvreté des souvenirs de rêves et même bien souvent par l'absence totale d'un récit cohérent. Généralement il était rapporté une impression de rêve sur un thème donné : par exemple « j'ai rêvé à ma fille et à mes petits-enfants », « j'ai rêvé à ma maison ». Il est cependant un thème que nous n'avons retrouvé que chez les personnes âgées, celui de la crainte de l'avenir, des idées de désorientation.

Ainsi, par exemple, Mme Dam..., 75 ans, syndrome de Parkinson abiotrophique, rapporte le 9-1-65 le récit suivant : « J'étais dans mon appartement et j'étais perdue, je voulais aller aux toilettes et je ne trouvais pas l'endroit ».

Ce type de rêve avait déjà été signalé par Altsmuller et Coll. [3], qui proposent même l'utilisation des récits de rêves pour suivre la progression des désordres cérébraux organiques.

Dans le cadre de la maladie de Parkinson, notre Maître B. Schott avait attiré notre attention sur la présence fréquente, dans le contenu onirique, d'animaux. Nous n'avons pas pu recueillir suffisamment de souvenirs de rêves chez de tels malades pour pouvoir affirmer ou infirmer cette hypothèse.

Mais cependant nous voudrions signaler le fait suivant :

Mme Bar..., 60 ans, est hospitalisée dans le service pour syndrome parkinsonien bilatéral post-encéphalitique et à cette occasion déclare incidemment qu'elle rêve très fréquemment à un chien qui viendrait l'étouffer dans son lit ou qui se promènerait dans sa chambre.

En raison de l'importance de la séméiologie neurologique, une intervention stéréotaxique aboutit à une thalamotomie droite.

Dans les suites opératoires qui ont été extrêmement simples, et jusqu'au départ en maison de convalescence, cette malade avait la sensation, le matin, d'avoir rêvé, ne se souvenant pas du thème, mais par contre, affirmait que le chien avait totalement disparu. Nous avons cité cette observation isolée, parfaitement conscient de sa valeur scientifique limitée, pour indiquer une curiosité de l'activité onirique qui mériterait une investigation plus approfondie.

Néanmoins, d'une façon générale, comme on pouvait s'y attendre, il existe un thème qui revient fréquemment sous des formes plus ou moins déguisées, celui de l'hospitalisation. Mais on doit remarquer que l'hôpital intervient relativement tardivement. Les premiers récits de rêves ne concernent que des événements qui ne sont pas contemporains. Ce n'est que plus tard, au début de la période d'extinction, qu'apparaissent le personnel ou les locaux :

« Je voulais quitter l'hôpital, mais une infirmière s'y est opposée; finalement je me suis évadée avec ma voisine de lit. Nous sommes allées travailler dans les champs, où nous arrachions les carottes. Puis l'infirmière est revenue nous chercher » (Mlle Rou...).

« Toute ma famille était venue me voir ici puis mon mari m'annonçait que mon père était mort ». « Je partais en avion, à Hyères, en convalescence et on venait me chercher en ambulance » (8 et 10.12.64. Mme Keu...).

On avait annoncé la veille à cette malade son prochain départ en convalescence.

Mais nous avons été surpris de ne relever aucun rêve concernant directement les médecins, les examens physiques multiples, les visites où le « Professeur », entouré souvent d'une cohorte d'étudiants, examine les malades. Ce qui paraît à première vue traumatisant est-il alors si bien supporté et accepté qu'il ne laisse aucune trace dans l'activité onirique ? Il nous semble toutefois que si ces événements « passent » dans le rêve, ils ne sont pas relatés, soit inconsciemment par non-mémorisation, soit consciemment par prudence. Il doit paraître dangereux d'exprimer au médecin, dans la relation infantile qui s'est établie, des situations où il se trouverait directement ou indirectement impliqué. La brièveté du séjour ne permet pas de vérifier cette hypothèse, qui nous paraît la plus plausible. Car ce n'est vraisemblablement qu'après un temps assez long que pourrait resurgir ce matériel profondément englouti.

CONCLUSIONS

I. — A la lumière des travaux neurophysiologiques récents sont étudiés les différents stades du sommeil chez l'animal et chez l'homme qui permettent d'opposer, schématiquement, une phase de sommeil lent et une phase de sommeil rapide ou phase paradoxale, qui occupe 20 % du sommeil total.

II. — La phase paradoxale du sommeil chez l'homme, qui présente des caractéristiques tant électriques que comportementales, permettant de l'isoler, est contemporaine de l'activité onirique. Cette constatation n'exclut pas la présence d'une activité mentale pendant le sommeil lent. Les rapports entre les événements comportementaux de la phase paradoxale et l'activité subjective onirique font encore l'objet de discussions.

Les rêves d'une même nuit sont relativement indépendants dans leur contenu manifeste, mais peuvent illustrer un thème unique et sont susceptibles d'incorporer, soit des stimuli extérieurs survenant au moment de la phase paradoxale, soit des stimuli affectifs survenus précédemment.

La schizophrénie aiguë provoque des altérations qualitatives et quantitatives de la phase paradoxale.

Les manipulations expérimentales du cycle Sommeil-Rêve entraînent des troubles du comportement et des modifications de la répartition quantitative des phases paradoxales pendant les nuits de récupération.

Divers incidents du sommeil (Bryxomanie - Paroles) sont situés par rapport à la phase paradoxale.

III. — Les découvertes neuro-physiologiques n'enlèvent rien aux interprétations psychodynamiques du contenu du Rêve.

Dans un Service Hospitalier les malades collaborent facilement, au début, à une enquête portant sur le contenu de leurs Rêves. Mais progressivement, dans le courant de leur hospitalisation, la fréquence des souvenirs de Rêves décroît, pour finalement disparaître.

Plusieurs facteurs interviennent dont le plus important est la Régression, sur le plan psychologique, consécutive à leur situation d'hospitalisé et au mode de relation de type infantile qui s'établit avec le médecin.

Une enquête sur le matériel onirique fourni par les malades apporte de nombreux renseignements sur leur personnalité, mais implique des précautions méthodologiques : contrôle attentif du dynamisme de cette situation privilégiée Médecin-Malade.

Vu :

Le Doyen,
J.-F. CIER

Vu :

Le Président de la Thèse,
J. DECHAUME

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 24 Mai 1965.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie consacrée à l'activité onirique est considérable ; nous nous sommes borné à signaler les sources récentes auxquelles nous nous sommes référés. On trouvera dans la thèse de D. Jouvet [50], et dans l'article de M. Jouvet [52] une revue complète des publications concernant les travaux neurophysiologiques consacrés à ce sujet, et, dans l'Etude n° 8 de H. Ey [27] les références antérieures à 1950.

1. ABRAHAM G. — Contribution à l'étude de l'activité onirique chez le vieillard *Ann. Méd. Psychol.*, 121, 2, 201-210, 1963.
2. AGNEW H.-W., WEBB W.-B., WILLIAMS R.-L. — The effects of Stage four deprivation. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 17, 68-70, 1964.
3. ALTSMULLER K.-Z., BARAD M., GOLDFARB A.-I. — A survey of dream in the aged. *Arch. Gen. of Psych.*, 8, 33-37, 1963.
4. ASERINSKY E., KLEITMANN N. — Two types of ocular activity occurring in sleep. *J. appl. Physiol.*, 8, 1-10, 1955.
5. ASERINSKY E., KLEITMANN N. — Regularly occurring periods of eye motility and concomittant phenomena, during sleep. *Science*, 118, 273, 1953.
6. BALINT M. — Le Médecin, son Malade et la Maladie (Trad. Valabrega). *P.U.F.*, Paris, 1960.
7. BARNAUD J. — Onirisme et Rêve. Thèse Médecine Lyon 1955, N° 137.
8. BASTOS O. — L'activité onirique dans les états dépressifs. *Evol. Psych.*, 28, 99-126, 1963.
9. BASTOS O., SUEBINCK E. — Les Rêves des Maniaques. *Evol. Psych.*, 28, 127-136, 1963.
10. BENOIT G. — Conférences de Psychiatrie. Vol. 1 et 2. Doin, éditeurs, Paris, 1964.
11. BENOIT J.-C. — La fonction onirique. Intérêt psychiatrique et psychologique des études contemporaines consacrées au rêve nocturne *Sem. Hôp. Paris*, 51, 2782-2786, 1964.
12. BERGER R.-J., OLLEY P., OSWALD I. — E.E.G. and eye movements and dreams of the blind. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 13, 827, 1961.

13. BERGER R.-J., OSWALD I. — Effects of sleep deprivation on behaviour, subsequent sleep and dreaming. *J. Ment. Sci.*, 108, 457-465, 1962.
14. BERGER R.-J., OSWALD I. — Eye movement during passive and active dreams. *Science*, 137, 601, 1962.
15. BLISS E.-L., CLARK L.-D., WEST C.D. — Studies of sleep-deprivation : relationship to Schizophrenia. *Arch. Neurol. and Psych.*, 81, 348-359, 1959.
16. BRANCHI J.-T., WEST L.-J. — Sleep-deprivation. *J. Amer. Med. Ass.*, 171, 11-14, 1959.
17. CAHEN R. — Psychothérapie de C.-G. Jung. *Enc. Méd. Chi. Psych.*, 37.814, A 20, 1955.
18. CATHALA H.-P., GUILLARD A. — Electrophysiologie du sommeil, *Clinique*, 57, 669-680, 1962.
19. CHANG S.-G. — Dream-recall and themes of hospitalised-Schizophrenics. *Arch. Gen. Psych.*, 10, 119-122, 1964.
20. CORMAN H.-H., ESCALONA S.-K., REISER M.-F. — Visual Imagery and Preconscious Thought Processes. *Arch. Gen. Psych.*, 10, 160-172, 1964.
21. COURNUT J. — Les Psy... de la foule en vacances. *Perspectives Psychiatriques*, 8, 7-21, 1964.
22. DEMENT W.-C. — The effects of dream-deprivation. *Science*, 131, 1705-1707, 1960.
23. DEMENT W.-C., KLEITMANN N. — The relation of eye-movement during sleep to dream activity : an objective method for the study of dreaming. *J. exp. Psychol.*, 53, 339-346, 1957.
25. DEMENT W.C., KLEITMANN N. - Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye-movement, body motility, and dreaming. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 9, 673-690, 1957.
25. DEMENT W.C., WOLPERT E.-A. — Relationships in the manifest content of Dreams occurring in the same night. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 126, 568, 1958.
26. DEMENT W.-C., WOLPERT E.A. — The relation of eye-movement,, body motility and external stimuli to dream content. *J. exp. Psychol.*, 55, 543-553, 1958.
27. EY H. — Etudes Psychiatriques. Desclée de Brouwer, Edit., Paris, 1952. Tome I. Le Rêve « fait primordial » de la Psychopathologie. (Etude N° 8).
28. EY H. — La Conscience, *P.U.F.* Paris 1963, 439 pp.
29. FAIVRE G. — Effet de la privation de sommeil sur la réactivité corticale. *Thèse Médecine Paris*, 1964, N° 33.
30. FAURE R. — Contribution à l'étude polygraphique du sommeil du vieillard. *Thèse Médecine Lyon*, 1962, N° 115.

31. FISHER Ch. — Dream development in relation to NREM and REM Stages of sleep. Private communications to members of Association for the Psychophysiological Study of Sleep (A.P.S.S.), mars 1963.
32. FISHER Ch., DEMENT W.-C. — Manipulation expérimentale du cycle Rêve-Sommeil par rapport aux états psychopathologiques. *Rev. Méd. Psychosom.*, 4, 5-14, 1962.
33. FISHER Ch., DEMENT W.-C. — Studies on the psychopathology of sleep and dreams. *Am. Journ. Psychiatr.*, 119, 1160-68, 1963.
34. FISHER Ch., GROSS J., ZUCH J. — Cycle of penile erection synchronous with Dreaming-Sleep. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 12, 29-45, 1965.
35. FISCHGOLD H., SCHWARTZ B.-A. — Sommeil et Insomnie. *Clinique*, 57, décembre 1962.
36. FORRER G.-R. — Effect of oral activity on hallucinations. *Arch. Gen. Psy.*, 2, 100-103, 1960.
37. FOULKES W.-D. — Dreams-reports from different stages of sleep. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 65, 14, 1962.
38. FREUD S. — La Science des Rêves. *P.U.F.* Edit., Paris, 1926, 212 pp.
39. FREUD S. — Introduction à la Psychanalyse. Petite Bibliothèque, Payot, Paris 1962. Ouvrage N° 6, 444 pp.
40. GOODENOUGH D.-R., SHAPIRO A., HOLDEN M. — A comparison of « dreamers » and « non-dreamers » : eye-movements, electroencephalograms, and the recall of dreams. *J. Abnorm. and Soc. Psychol.*, 59, 295-302, 1959.
41. GUILLARD A. — La réactivité au cours du sommeil physiologique de l'homme. *Thèse Médecine Paris*, 1960, N° 797.
42. GUILLARD A. — Neurophysiologie du sommeil. *Concours Méd.*, 86, 2165-2175, 1964.
43. GUYOTAT J. — Réactions psychologiques à la maladie, à l'hospitalisation, à la thérapeutique. *Cah. Méd. Lyon.* (R.A.L.E.) 38, 539-547, 1962.
44. GUYOTAT J. — Les Schizophrénies. N° Spéc. Monographies Médicales et Scientifiques. Dr. J. Garnier Edit., 1963, 118 pp.
45. GUYOTAT J. — Etude des effets psychodynamiques des thymoanaleptiques dans les états dépressifs. Non publié, 1963.
46. HAMBURGER W.-W. — Remarks presented to Conference on Dream-Research. University of Chicago, Department of Psychiatry. March 26, 1961.
47. HESNARD A. — L'œuvre de Freud et son importance pour le monde moderne. Payot Editeur, Paris 1960, 385 pp.
48. JEANNEROD M., MOURET J. — Recherches sur les mécanismes des mouvements des yeux observés au cours de la veille et du sommeil. *Pathol.-Biologie*, 11, 1053-1060, 1963.

49. JEANNEROD M., MOURET J., JOUVET M. — Etude de la motricité oculaire au cours de la phase paradoxale du sommeil chez le chat. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 18, 544-566, 1965.
50. JOUVET D. — La phase rhombencéphalique du sommeil. Ses rapports avec l'activité onirique. *Thèse Médecine* Lyon, 1962, n° 208 (dactylogr.).
51. JOUVET D., VIMONT P., DELORME F., JOUVET M. — Etude de la privation sélective de la phase paradoxale du sommeil chez le chat. *C.R. Soc. Biol. (Paris)*, 158, 756, 1964.
52. JOUVET M. — Recherches sur les structures nerveuses et mécanismes responsables des différentes phases du sommeil physiologique. *Arch. Ital. Biol.*, 100, 125-206, 1962.
53. JOUVET M. — Sur l'existence d'un système hypnique ponto- limbique. Ses rapports avec l'activité onirique. *Physiologie de l'Hippocampe*. Edit. C.N.R.S., 1962.
54. JOUVET M. — Mécanismes Neurophysiologiques de quelques phénomènes psychologiques. *Cah. Méd. Lyon. (R.A.L.E.)*, 38, 207-211, 1962.
55. JOUVET M. — La phase paradoxale du sommeil. *Cah. Méd. Lyon. (R.A.L.E.)*, 39, 867-885, 1963.
56. JOUVET M., DECHAUME J., MICHEL F. — Etude des mécanismes du sommeil physiologique. *Lyon Méd.*, 204, 479-521, 1960.
57. JOUVET M., JOUVET D. — The Neuro Physiological mechanisms of dreaming. *E.E.G. Neurophysiol. Suppl.*, 24, 1962.
58. JOUVET M., MICHEL F., MOUNIER D. — Analyse électro-encéphalographique comparée du sommeil chez le Chat et chez l'Homme. *Rev. Neurol.*, 103, 189-205, 1960.
59. JOUVET M., MOUNIER D. — Effets des lésions de la formation réticulée pontique sur le sommeil du chat. *C.R. Soc. Biol.*, 154, 2301-2305, 1960.
60. KHAN M.-R. — La Psychologie des Rêves et leur développement dans la situation analytique. *Rev. Fran. Psychanal.*, 28, 113-132, 1964.
61. KLEIN M. — Etude polygraphique et phylogénique des états de sommeil. *Thèse Médecine Lyon* 1963, N° 256.
62. KORESKO R.-L., SNYDER F., FEINBERG I. — « Dream-Time » in Hallucinating and Non-Hallucinating Schizophrenic Patients. *Nature*, 119, 1118-1119, 1963.
63. KOURETAS D., SCOURAS Ph. — Sur un trouble particulier du sommeil : le cauchemar. *L'encéphale*, 7, 622-627, 1932.
64. LABBE P. — Quelques aspects récents de la psychopathologie des Rêves. *Brux. Méd.*, 43, 553-561, 1963 ou *Evol. Psych.*, 29, 269-278, 1964.
65. LAGACHE D. — La Psychanalyse. *P.U.F.* Edit., Paris. Collection: « Que sais-je ? », N° 660, 1962, 126 pp.

66. LAXENAIRE. — Le Problème des Rêves. *Clinique*, 57, 713-719, 1962.
67. LEWIS H.-B. — Individual differences among non-reporters in failure to recall dreams. (Downstate Medical Centre Brooklyn, N.-Y.). Etude non publiée, 1963.
68. LHERMITTE J. — Les Rêves. *P.U.F.* Edit., Paris, collection : « Que sais-je ? », N° 24, 1963.
69. MATSUMOTO J., JOUVET M. — Effets de Reserpine, DOPA et 5 H.T.P. sur les deux états de sommeil. *C.R. Soc. Biol.* (Paris), 158, 2137, 1964.
70. MONEY J. — Phantom orgasm in dreams of Paraplegic Men and Women. *Arch. Gen. Psych.*, 3, 373-383, 1960.
71. MONROE L.-J., RECHTSCHAFFEN A., FOULKES D. — The discriminability of Reports elicited from different Stages of Sleep. Communication to members of A.P.S.S., 1963.
72. MORRIS G.-O., WILLIAMS H.-L., LUBIN A. — Misperceptions and Disorientation during Sleep-Deprivation. *Arch. Gen. Psych.*, 2, 246-254, 1960.
73. MOURET J. — Les mouvements oculaires au cours du sommeil paradoxal. *Thèse Médecine Lyon* 1964, N° 225.
74. NACHT S. — La Psychanalyse freudienne. *Enc. Méd. Chirur. Psychiatrie*, 37 810, I, 10, 1955.
75. OFFENKRANTZ W., RECHTSCHAFFEN A. — Clinical studies of sequential dreams. *Arch. Gen. Psych.*, 8, 497-508, 1963.
76. OSWALD I. — Sleeping and Waking. Physiology and Psychology. Amsterdam, N.Y. : Elsevier Pub. Co., 1962.
77. PASSOUANT P., CADILHAC J., DELANGE M., CALLAMAND et EL KASABGUY M. — Age et Sommeil. Variations électro-cliniques du sommeil de la naissance à l'extrême vieillesse. *Rapport Soc. d'E.E.G. de langue franç.*, 1963.
78. PASSOUANT P., SCHWAB R.-S., CADILHAC J., BALDY-MOULINIER M. — Narcolepsie Catalepsie. Etude du sommeil de nuit et du sommeil de jour. *Rev. Neurol*, 111, 415-426, 1964.
79. PAUL I.-H., FISHER C. — Subliminal visual Stimualtion : a study of its influence on subsequent images and dreams. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 129, 315-340, 1959.
80. PELLIN B. — Etude polygraphique des différentes phases de sommeil dans les troubles de conscience chroniques. *Thèse Médecine Lyon*, 1960, N° 249.
81. PHILLIPS R.-H. — The manifest content of dreams. *Ohio Med. J.*, 60, 758-761, 1964.
82. RECHTSCHAFFEN A., GOODENOUGH D.-R., SHAPIRO A. — Patterns of Sleep-Talking. *Arch. Gen. Psych.*, 7, 418-426, 1962.
83. RECHTSCHAFFEN A., MARON (L.). — The effect of amphetamine on the sleep-cycle. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 16, 2, 438-445, 1964.

84. RECHTSCHAFFEN A., SCHULSINGER F., MEDNICK S.-A. — Schizophrenia and physiological indices of dreaming. *Arch. Gen. Psych.*, 10, 89-93, 1964.
85. RECHTSCHAFFEN A., VERDONE P., WHEATEN J. — Reports of Mental Activity during Sleep. 3^e Congrès Mondial de Psychiatrie. Montréal, 1961.
86. RECHTSCHAFFEN A., VOGEL G., SHAIKUN G. — Interrelatedness of mental activity during sleep. *Arch. Gen. Psych.*, 9, 536-547, 1963.
87. REDING G.-R. — Sleep-pattern of tooth-grinding : its relation to dreaming. *Science*, 145, 725-726, 1964.
88. ROFFWARG H.-P., DEMENT W.-C., MUZIO J.-N., FISHER C. — Dream Imagery. Relationship to rapid eye movements of sleep. *Arch. Gen. Psych.*, 7, 235-268, 1962.
89. ROSSI D.-F. — Sleep inducing mechanisms in the brain stem. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 14, 2, 428, 1962.
90. ROWLAND V. — E.E.G. Arousal to conditioned sounds. *E.E.G. Clin. Neurophysiol.*, 9, 585-595, 1957.
91. RYAN J.-H. — Dreams of Paraplegics. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 5, 94-99, 1961.
92. SAUL L., SHEPPARD E. — An Attempt to quantify emotional forces using manifest dreams. A preliminary study. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 4, 486-502, 1956.
93. SCHWARTZ B.-A., FISHGOLD H. — Introduction à l'étude polygraphique du sommeil de nuit. *Vie Méd.*, 41, 39-46, 1960.
94. SNYDER F. — The new biology of dreaming. *Arch. Gen. Psych.*, 8, 381-391, 1963.
95. TROSMAN H. — Dream research and the psychoanalytic theory of dreams. *Arch. Gen. Psych.*, 9, 9-18, 1963.
96. ULLMANN M. — Dreaming, altered states of consciousness and the problem of vigilance. *J. Nerv. Mental Dis.*, 133, 529-535, 1951.
97. VALATX J.-L. — Ontogénèse des états de sommeil. Etude chez le chaton. *Thèse Médecine Lyon*, N° 255, 1963.
98. VINCENT J.D. — Contribution expérimentale à l'étude des mécanismes du sommeil. *Thèse Médecine Bordeaux*, 1964.
99. WEST L.-J., JANSZEN H.-H., LESTER B.-K., CORNELISSEN F.-S. Jr. — The Psychosis of Sleep-Deprivation. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 96, 66-70, 1962.
100. WHITMANN R.-M., KRAMER M., BALDRIDGE B. — What dreams does the patients tell ? *Arch. Gen. Psych.*, 8, 277-282, 1963.
101. WHITMANN R.-M., PIERCE C.-M., MASS J.-W., BALDRIDGE B. — Drugs and Dreams. *Compr. Psychiatr.*, 2, 219-226, 1961.
102. WILLIAMS H.-L., TEPAS D.-I., MORLOCK H.C. — Evoked responses to clicks and the electroencephalographic stages of sleep in men. *Science*, 138, 685-686, 1962.

103. WITKIN H.-A., LEWIS H.-B. — The relation of experimentally induced pre-sleep experiences to dreams. A report of method and preliminary findings. Non publié. A.P.S.S., Janvier 1964.
104. WITKIN H.-A., LEWIS H.-B., FISHBEIN W. — The role of pre-sleep experiences and personal variables in dreams. (Downstate Medical Center Brooklyn, N.-Y.), 1961.
105. WOLPERT E.-A., TROSMAN H. — Studies in psychopathology of dreams. I: Experimental evocation of sequential dream episodes. *Arch. Neurol. and Psych.*, 79, 603-606, 1958.
106. *Revue Française de Psychanalyse*. XXIII^e Congrès de Psychanalystes de langue romane (Barcelone, juin 1962). T. XXVII. Numéro Spécial, 1963.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
CHAPITRE PREMIER. — HISTORIQUE	17
I. — <i>Conception antique</i>	17
— Egyptiens — Aspect théologique)	17
— Grecs — Romains — Importance des résidus diurnes	18
— Oniromancie et interprétations primitives ...	18
II. — <i>L'approche moderne</i>	19
— La théorie réflexo-génique	19
— L'approche philosophique et littéraire	20
— Rêve et psychopathologie	20
- L'onirisme de Magnan	
- Théorie néo-Jacksonienne	
— Isolement du rêve	21
— L'apport de la psychanalyse	22
- Le rêve dans la psychologie de Freud	22
- Le rêve dans la psychologie de Jung	25
- Le rêve dans la psychologie d'Adler	26
CHAPITRE II. — ETUDE NEUROPHYSIOLOGIQUE DES ETATS DE SOMMEIL	27
I. — <i>Le sommeil chez l'animal</i>	28
— La phase lente	28
— La phase rapide	28
- Description	
- Durée	
- Les structures nerveuses responsables	
- Les voies nerveuses	
- La mise en jeu	

II. — <i>Le sommeil chez l'homme</i>	30
— Les stades E.E.G. du sommeil	30
- Les stades lents	30
- La phase rapide	31
● Description électrique	
● Description comportementale	
manifestations végétatives	
mouvements oculaires	
tonus musculaire	
● Seuils d'éveil	
● Périodicité	
III. — <i>Comparaison entre sommeil animal et sommeil humain</i>	33
— Aspect phylogénique	35
— Aspect ontogénique	35
CHAPITRE III. — SOMMEIL, REVE ET ACTIVITES MENTALES	39
I. — <i>Phases de sommeil souvenirs de rêves</i>	39
— Phase paradoxale	39
— Autres stades	40
II. — <i>Constitution du rêve</i>	42
— Progression	42
— Thème	43
III. — <i>Activité mentale nocturne</i>	44
CHAPITRE IV. — LE REVE ET LES CARACTERES DE LA PHASE PARADOXALE	45
1 — <i>Imagerie onirique et mouvements des yeux</i>	45
2 — <i>Manifestations périphériques et rêves</i>	47
3 — <i>Durée du rêve</i>	48
4 — <i>Le rêve et les stimuli extérieurs</i>	49
5 — <i>Incorporation des résidus diurnes</i>	51

6 — Schizophrénie, sommeil et rêves	52
7 — Manipulations expérimentales du cycle sommeil-rêve	54
— Privation de rêves	54
— Privation du stade IV	55
— Privation de sommeil	56
— Médications psychotropes	57
8 — Rêve et mémorisation	58
9 — Paroles prononcées au cours du sommeil	62
10 — Bryxomanie	63
11 — Erection et sommeil	64
12 — Apport de la neurophysiologie à la théorie psychanalytique des rêves	64

CHAPITRE V. — LES SOUVENIRS DE REVES DANS LA RELATION MEDECIN-MALADE

67

— Collaboration immédiate	68
— Rôle de l'hospitalisation	68
- Différences avec les consultations ambulatoires	69
- Evolution suivant le temps de l'hospitalisation	70
- Tentative d'interprétation	71
— Rêves et thérapeutique	72
- Importance de l'aspect relationnel	74
— Contagion des souvenirs de rêves	78
- Parmi les malades	78
- Parmi le personnel médical et infirmier	80
— Le rêve demande une interprétation	80
- Attitude générale	80
- Interprétations préconscientes	81
— Intensité de la relation interpersonnelle	84
— Rôle cathartique des souvenirs de rêves	85
— Le contenu manifeste	87

CONCLUSIONS	91
-------------------	----

BIBLIOGRAPHIE	92
---------------------	----

